

"LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: UNA PROPUESTA DE RED DE DISPOSITIVOS PARA CANTABRIA"



AUTORES:
DIEZ CARRAL, BELEN
MONTOYA DEL CORTE, PABLO
SOLANA ÁLVAREZ, ARANCHA

TUTOR:
NAVARRO ORTEGA, RAFAEL



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES.
CURSO ACADÉMICO 2014-2015**

"LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: UNA PROPUESTA DE RED DE DISPOSITIVOS PARA CANTABRIA"



AUTORES:

**DIEZ CARRAL, BELEN
MONTOYA DEL CORTE, PABLO
SOLANA ÁLVAREZ, ARANCHA**

TUTOR:

NAVARRO ORTEGA, RAFAEL

***MÁSTER UNIVERSITARIO EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS Y
SOCIALES. CURSO ACADÉMICO 2014-2015***

AGRADECIMIENTOS:

A **Juan Carlos Dueñas Puebla** (*Subdirección de Gestión Económica. HUMV*), por el interés mostrado al habernos facilitado la tarea de búsqueda de información relativa a aspectos económicos sanitarios.

A nuestro tutor de la tesina, **Rafael Navarro Ortega** (*Subdirector General de Ordenación y Atención Sanitaria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales*), por su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, orientaciones y motivación han sido fundamentales para el resultado final de este trabajo.

ABSTRACT:

Throughout history, the attention to Mental Health in general and SMI in particular have passed through different stages. First, these have been characterized by the exclusion and isolation, and later, after the Psychiatric Reform, they have seen as a socio-sanitary problem that needed an attention that combines both factors through the known community care model for people with SMI. The implementation of this model has had an uneven and insufficient development in the different Spanish regions.

This study has a twofold objective: to know what attention devices for people with Severe Mental Illness (SMI) in Cantabria should be, following the technical and scientific recommendations of recognized institutions and organizations; and to propose a model of social-sanitary care for people with SMI in our region.

To this end, it will try to serve as guidance and orientation to develop the network of socio-sanitary devices in line with the Mental Health Plan of Cantabria 2015-2019.

In addition, using the documentary evidence found in texts published by renowned technical and scientific institutions and organizations, we invite to a deep reflection about the importance of the investment in the implementation and improvement of the community assistance network to the collective with SMI since, according to these documentation, the community-level treatments improve life quality and are socially accessible and economically efficient.

Keywords: Mental Health, SMI, Psychiatric Reform, Social-sanitary and Community Model.

RESUMEN:

La atención a la Salud Mental en general y el Trastorno Mental Grave (TMG) en particular, han pasado a lo largo de la historia por diferentes etapas. Éstas han estado caracterizadas, en un primer momento, por la exclusión y el aislamiento, para más tarde y, tras la Reforma Psiquiátrica, contemplarse como un problema de índole sociosanitarias que precisaba una atención que conjugase ambos factores a través del conocido modelo comunitario de atención a las personas con TMG. La implantación de este modelo ha tenido un desarrollo desigual e insuficiente en las distintas comunidades autónomas españolas.

Este estudio nace con un doble objetivo: conocer cuáles deben ser los dispositivos de atención a las personas con TMG en Cantabria, atendiendo a las recomendaciones técnicas y científicas de entidades y organizaciones de marcado reconocimiento; y proponer un modelo de atención sociosanitaria para personas con TMG en nuestra comunidad. En este sentido tratará de servir como guía y orientación a partir de la cual desarrollar la red de dispositivos sociosanitarios alineándose con el Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019.

Además, haciendo uso de las evidencias documentales encontradas en textos publicados por organismos de reconocida trascendencia técnica y científica, invitamos a una profunda reflexión sobre la importancia de la inversión en la implantación y mejora de la red de asistencia comunitaria al colectivo de personas con TMG ya que, según afirman estos documentos, los tratamientos a nivel comunitario mejoran la calidad de vida, son socialmente accesibles y, económicamente más eficientes.

Palabras clave: Salud Mental, Trastorno Mental Grave, Reforma Psiquiátrica, Sociosanitario y Modelo Comunitario.

INDICE

1. JUSTIFICACIÓN.....	8
2. INTRODUCCIÓN.....	10
2.1. Trastorno Mental Grave	
2.1.1 Definición	
2.1.2 Características del TMG	
2.1.3 Necesidades del TMG	
2.2 La atención a la salud mental a lo largo de la historia: de la reforma psiquiátrica al modelo de atención comunitario	
2.3 Principios básicos del modelo comunitario de atención	
3. DOCUMENTOS DE REFERENCIA EN LA ATENCIÓN AL TRASTORNO MENTAL GRAVE. MARCO NORMATIVO.....	21
3.1 Documentación de referencia en la atención al TMG	
3.2 Marco normativo español	
4. DATOS ECONÓMICOS DE LOS RECURSOS SANITARIOS A PERSONAS CON TMG EN CANTABRIA	48
4.1 Dispositivos sanitarios en Cantabria	
4.2 Datos económicos	
5. DATOS ECONÓMICOS DE LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIAS A PERSONAS CON TMG EN CANTABRIA	55
6. EVIDENCIAS DOCUMENTALES DE LA EFICIENCIA DE LOS RECURSOS SOCIOSANITARIOS.....	59
7. RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA.....	63
8. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA PARA PERSONAS CON TMG	72
8.1 Tipología de dispositivos de atención sociosanitaria para el tratamiento de TMG	
8.2 Recomendaciones sobre ratios en los dispositivos de atención para el tratamiento de TMG	
9. MODELO ACTUAL DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIAS PARA PERSONAS CON TMG EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	82

10. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIAS PARA PERSONAS CON TMG EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	85
11. CONCLUSIONES	89
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y MATERIAL DE CONSULTA	94

1. JUSTIFICACIÓN

El informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002 aporta datos cuantitativos a tener en cuenta sobre la prevalencia de la enfermedad mental en el mundo. Así, este informe afirma que una de cada cuatro personas, es decir el 25% de la población, sufre en algún momento de la vida de al menos un trastorno mental. Actualmente hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo. Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial. Los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia. Esta carga cobra un elevado tributo en forma de sufrimiento, discapacidad y pérdidas económicas. Aunque los trastornos mentales afectan a personas de todos los grupos sociales y países, las personas en situación de pobreza los sufren de forma desproporcionadamente mayor. Además, dado que la longevidad aumenta y las poblaciones envejecen, en las próximas décadas aumentará el número de afectados por trastornos mentales, así como la carga consiguiente.

El informe “Invertir en Salud Mental” publicado por la OMS en el año 2004 ya avanza que la brecha existente entre la carga de los trastornos mentales y los recursos asignados supone un verdadero reto tanto para los países desarrollados como para aquellos que cuentan con menos recursos.

En este documento se recoge que los trastornos mentales y de la conducta constituyen el 13% de la carga global de la enfermedad; sin embargo, en promedio, el presupuesto de salud mental de los países es sólo el 2% de los gastos totales en salud.

De forma posterior, en el año 2011, la propia OMS en su Guía de Intervención en los Trastornos Mentales afirma que el 14% de la carga mundial de morbilidad se atribuye a estos trastornos y cerca de tres cuartas partes de esta carga corresponden a los países de ingresos bajos y medios.

El presente estudio realiza una revisión bibliográfica de las evidencias documentales a nivel internacional, europeo, nacional y autonómico que recogen

la importancia del tratamiento psicosocial y avalan que estas intervenciones son en términos coste-eficacia fundamentales en la atención a las personas con TMG.

Dentro de la revisión documental realizada, se encuentran las estrategias de las comunidades autónomas de España a partir de Planes de Salud, Planes de Salud Mental y distintos tipos de normas que regulan la materia dependiendo de la comunidad. Dicha revisión ha permitido aproximarnos a los dispositivos de atención existentes a lo largo de la geografía española.

Con toda esta amplia bibliografía revisada y, tomando como referencia el recientemente publicado Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019, hemos elaborado una propuesta de mapa de los dispositivos que, atendiendo a las diferentes recomendaciones científicas y técnicas, debiera haber en nuestra Comunidad Autónoma para atender a las personas con TMG.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Trastorno Mental Grave (TMG)

2.1.1 Definición:

Tomando como referencia la definición dada por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en su Cuaderno Técnico N° 6, el término TMG es utilizado para referirnos a un colectivo afectado por una enfermedad mental grave de larga duración, que presenta una compleja y variada problemática que no se reduce a la sintomatología psicopatológica, sino que, además afecta asimismo a otros aspectos de su funcionamiento psicosocial y también su participación en la comunidad.

Otras definiciones de lo que entendemos por TMG es la realizada por Goodman en 1981. Este autor considera que las personas con TMG son aquellas que sufren trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenias, trastornos afectivos bipolares, psicosis orgánicas, etc.) que conllevan un grado de deterioro en aspectos fundamentales para su desenvolvimiento laboral, social y personal (higiene, relaciones interpersonales, capacidades cognitivas, etc.), mantenido en el tiempo, y que se acompaña de un cierto nivel de discapacidad que le impide la integración en su entorno de forma normalizada y autónoma. Es esta una definición amplia y que incluye diferentes procesos o enfermedades pero que establece un cuadro sindrómico que diferencia a esta población de otros usuarios de la red de asistencia psiquiátrica. De este modo estos pacientes habitualmente presentan trastornos en el espectro de los trastornos psicóticos (principalmente la esquizofrenia y trastorno bipolar) pero también pueden incluirse ocasionalmente otros trastornos que podrían ser considerados como menores pero que pueden provocar el mismo grado de limitaciones para la persona, como la depresión mayor o el trastorno obsesivo compulsivo (Muerer y cols., 2001).

Quizás la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987), y que incluye tres dimensiones:

1. Diagnóstico: Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad
2. Duración de la enfermedad y del tratamiento: Tiempo superior a los dos años.

3. Presencia de Discapacidad: Originalmente se determinó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el NIMH, pero que posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

2.1.2 Características del TMG:

Las personas que sufren TMG presentan problemas muy complejos que no se reducen a la sintomatología psicopatológica sino que afectan asimismo a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad. No debe olvidarse que, aunque se compartan problemas más o menos comunes, éstos se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado en función de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos, y asimismo en función de la atención y servicios que reciben.

El grado de discapacidad y gravedad varía a lo largo de un continuo dentro de este colectivo, desde situaciones de completa remisión sintomatológica y un nivel de funcionamiento normal, independiente e integrado socialmente, hasta personas en las que la severidad de su psicopatología y el grado de su deterioro personal harán necesarias una atención intensa y una supervisión constante, e incluyendo a personas con recaídas periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren no solo atención y tratamiento psiquiátrico sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permita recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible.

Los elementos comunes que definen a las personas con TMG, y especialmente con esquizofrenia, pueden resumirse en:

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse de forma autónoma.

- Dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos se limitan sólo a su familia, y situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y exclusión.

Las necesidades y problemas de las personas con TMG son, por tanto, múltiples y variados. Como personas y ciudadanos que son, antes que personas con enfermedad mental, comparten con el resto de la población problemas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.). Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a los problemas psiquiátricos y psicosociales propios de este colectivo.

Atendiendo las dificultades en el funcionamiento psicosocial y en las propias capacidades que muy habitualmente presentan estas personas, es preciso organizar una adecuada atención comunitaria de esta población, poniendo los esfuerzos no sólo en sus aspectos psiquiátricos sino también en esas dificultades y necesidades sociales con el fin de evitar situaciones de deterioro y exclusión, y de procurar posibilidades y oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

2.1.3 Necesidades del TMG:

Dada la variedad y complejidad de necesidades que plantea este colectivo se detallan a continuación las necesidades que precisan:

- Atención y tratamiento de la salud mental: Los pacientes con TMG necesitan adecuados diagnósticos y tratamiento psiquiátrico que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de recaídas y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.
- Atención en crisis: Incluso los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico experimentan con frecuencia recaídas. La atención en crisis, a través en muchos casos de la hospitalización breve, es necesaria

para la estabilización psicopatológica y posibilitar la recuperación del nivel de funcionamiento.

- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social: A pesar del buen control sintomatológico obtenido en muchos casos con el tratamiento farmacológico y psiquiátrico, muchas de las personas que sufren TMG mantienen déficits y discapacidades que dificultan su funcionamiento autónomo y su integración social. Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida normalizada en la comunidad; el apoyo flexible y continuado es necesario para favorecer una integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo: La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de las personas con TMG están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Son necesarios programas de rehabilitación laboral dirigidos a la orientación y adquisición de hábitos laborales y habilidades que faciliten el acceso al mercado laboral, y el mantenimiento en el mismo, así como programas adaptados de formación ocupacional para la mejora de la cualificación profesional. Son también necesarias, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, acciones y medidas dirigidas a potenciar la incorporación de este colectivo en el mundo laboral, tanto a través del empleo protegido, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario (empleo con apoyo)
- Alojamiento y atención residencial comunitaria: Las dificultades de acceso a alojamiento y de supervisión, especialmente para personas sin cobertura familiar, favorecen situaciones de riesgo y exclusión. Es necesario disponer de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran las diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo la vida en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles. Esta es una necesidad fundamental en la atención comunitaria de

esta población, y su inadecuada cobertura contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, entre otras:

- Incremento del fenómeno de la puerta giratoria, al aumentar los reingresos hospitalarios
 - Uso inadecuado de la atención hospitalaria
 - Dificultad para la desinstitucionalización de los pacientes que permanecen internados
 - Aumento del riesgo de situaciones de exclusión sin hogar
 - Sobrecarga de algunas familias y cuidadores, desbordados por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo.
- Apoyo económico: Es necesario garantizar la cobertura de sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con otros ingresos ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social. Ello implica apoyar a estas personas para que se puedan beneficiar de los sistemas de prestaciones económicas existentes tanto contributivas como no contributivas. Asimismo es necesario disponer para aquellas personas que no puedan acceder a dichas prestaciones de programas de apoyo con fondos que permitan proporcionar ayudas económicas individualizadas que sirvan para facilitar procesos de rehabilitación y mantenimiento autónomo en la comunidad.
 - Protección y defensa de sus derechos: Los problemas psiquiátricos y psicosociales de las personas con TMG hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.
 - Apoyo a las familias: Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de las personas con TMG. De hecho la gran mayoría viven con sus familias. Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Es necesario proporcionar a las familias apoyo, información,

educación y asesoramiento para dotarse de estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y ser agentes activos de la rehabilitación, así como para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

2.2 LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL A LO LARGO DE LA HISTORIA: DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA AL MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIO

Las personas con TMG han sufrido una larga historia de exclusión. Hasta hace pocas décadas el principal modelo de atención a las necesidades y problemas psiquiátricos y psicosociales de esta población se organizaba en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas. Estas instituciones u hospitales psiquiátricos (los denominados "manicomios") habitualmente de gran tamaño y situados lejos de los núcleos urbanos se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial, la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas: masificación, falta de intimidad, despersonalización. Por todo ello la permanencia prolongada en dichas instituciones constituía un importante factor de cronificación y deterioro personal además de exclusión y aislamiento de la sociedad. En las últimas décadas la situación ha ido cambiando y mejorando sustancialmente, gracias a la confluencia de diferentes factores: desarrollo de nuevas formas más eficaces de tratamiento farmacológico, psiquiátrico y de intervención psicosocial, cambios políticos y culturales, movimientos de lucha por los derechos civiles, etc., produciendo cambios y modificaciones en la manera de abordar y tratar a las personas con TMG que han permitido avanzar en un profundo proceso de transformación de la atención y situación de este colectivo.

El desarrollo de los mandatos de la Reforma Psiquiátrica constituye el principal elemento en el que se concreta y articula la transformación de la atención a la salud mental en general y a la población con TMG en particular. Las políticas de Reforma Psiquiátrica, puestas en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (EEUU, Francia, Inglaterra, Italia) en las décadas de los años 60 y 70 y en España a lo largo de los 80, se plantean la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, buscando gracias al desarrollo de la psiquiatría

comunitaria atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario evitando su exclusión e institucionalización (Desviat, M, 1995.)

A pesar de las diferencias y peculiaridades de las experiencias de reforma llevadas a cabo en los diferentes países, pueden extraerse algunos elementos básicos comunes que constituyen el referente conceptual de lo que genéricamente se entiende por Reforma Psiquiátrica.

A continuación se muestran los principios básicos de la Reforma Psiquiátrica:

- Una crítica al hospital psiquiátrico y un intento por transformarlo recuperando su papel terapéutico o incluso por suprimirlo sustituyéndolo por dispositivos alternativos.
- Un proceso de transformación del hospital psiquiátrico que llevó a avanzar, de un modo más o menos decidido, en la desinstitucionalización de parte de la población crónica internada buscando su reinserción social en la comunidad.
- Un desplazamiento del eje de la atención del hospital a la comunidad.
- Una apuesta por un nuevo modelo de atención basado en la comunidad a través de la puesta en marcha de dispositivos capaces de atender los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno.
- Un intento de articular una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que den respuesta a las diferentes necesidades del enfermo mental para facilitar tanto su desinstitucionalización como su mantenimiento en la sociedad.
- La idea de que la hospitalización debe perder su papel preponderante como respuesta a la cronicidad. Debe ser un complemento de los dispositivos comunitarios y no al revés como hasta ese momento.
- Un enfoque integrado de la atención en salud mental que tenga en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional (biológico-psicológico-social.)
- Una estrecha vinculación con modelos de atención sanitaria basados en la salud pública o comunitaria. La territorialización como marco para la organización de los servicios comunitarios de salud mental.

- Un intento de articular una lógica de continuidad de cuidados que asegure la atención integral y coordinada a la población con enfermedad mental.

Frente a la institucionalización, el modelo de salud mental comunitaria propiciado por la Reforma Psiquiátrica organiza la atención de los problemas de dichas personas en su propio entorno familiar y social, potenciando su mantenimiento e integración en su contexto sociocomunitario del modo más normalizado posible.

La reforma psiquiátrica en España se inició formalmente a raíz de la promulgación en 1986 de la Ley General de Sanidad, que reconoció la asistencia psiquiátrica como una prestación más del Sistema Sanitario y que marcaba las líneas generales para su adecuada inclusión en el mismo. Se proporcionó así un marco legislativo que permitiría el desarrollo de las recomendaciones formuladas poco tiempo antes (en 1985), en el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Su efecto principal es el reconocimiento del derecho de las personas con TMG, por su condición de ciudadanos, a acceder a los servicios de salud mental de carácter público, universal y gratuito. Otro de los aspectos significativos entre los cambios producidos es la emergencia de una nueva cultura asistencial, caracterizada por el desplazamiento del centro de la atención desde el hospital psiquiátrico/manicomio a la comunidad.

2.3 PRINCIPIOS BÁSICOS DEL MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN:

Según recoge la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobada en el año 2006 estos debieran ser los principios fundamentales en los que debería basarse la atención comunitaria:

Autonomía: Es la capacidad del dispositivo para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas. La autonomía se puede fomentar priorizando:

- Las intervenciones terapéuticas y los escenarios asistenciales menos restrictivos de la libertad.
- Las intervenciones que mejoran la autosuficiencia para vivir en la comunidad.
- Las intervenciones que refuerzan los aspectos positivos y los recursos personales del y de la paciente.
- La lucha contra el estigma, la discriminación y la exclusión.
- La integración de los pacientes en las redes y dispositivos de la comunidad en la que residen.

- El apoyo a personas cuidadoras para que el aumento de autonomía de los pacientes no implique una mayor carga para quienes les atienden en el seno familiar.

Continuidad: Es la capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal). La continuidad se puede fomentar:

- Potenciando el equipo y la atención multidisciplinarios.
- Implantando Planes Individuales de Atención.
- Implantando procedimientos de seguimiento comunitario-activo.
- Gestionando la asistencia por procesos de atención.
- Creando comisiones de coordinación entre los dispositivos del área y entre los diferentes sectores institucionales implicados.

Accesibilidad: Es la capacidad de un servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familiares cuando y donde la necesiten. La accesibilidad se puede fomentar:

- Acercando los recursos a los lugares de residencia, con especial consideración a los núcleos rurales.
- Ampliando los horarios de atención y facilitando las consultas telefónicas y/o las relacionadas con las nuevas tecnologías, así como las visitas a domicilio.
- Reduciendo los tiempos de espera.
- Reduciendo las barreras de acceso selectivas, como por ejemplo el idioma, la cultura o la edad.

Comprensividad: Se puede fomentar:

- a) La implantación de todos los dispositivos básicos de un servicio en cada área sanitaria (en nuestra Comunidad Autónoma denominado Área de Salud).
- b) Con el reconocimiento y la realización del derecho a recibir asistencia en todas las necesidades causadas por el trastorno mental.

Este principio supone, entre otros:

- La diversificación de las prestaciones y los escenarios asistenciales para que el sistema se adapte a las necesidades cambiantes de los y las pacientes con TMG.
- El reconocimiento de la rehabilitación como actividad terapéutica sanitaria.

Equidad: Es la distribución de los recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad, a las necesidades de la población de acuerdo con criterios explícitos y racionales.

Este principio puede ponerse en práctica aplicando medidas como las siguientes:

- Aumentando la cantidad y adecuando la clase de recursos en las áreas geográficas o sectores de la población en los que exista una mayor prevalencia de trastornos graves o una acumulación de factores de riesgo para su desarrollo o mantenimiento, tales como la pobreza o la desigualdad percibida de ingresos, el consumo abusivo de sustancias, un elevado nivel de desempleo, etc.
- Promoviendo que no existan desigualdades en el diagnóstico, atención y tratamiento de las enfermedades mentales entre mujeres y hombres y entre grupos de edad.

Recuperación personal: La recuperación tras un TMG implica dos procesos paralelos y complementarios que requieren ser promovidos de manera específica. El primero, el único que se ha tenido en cuenta hasta ahora, tiene que ver con los aspectos clínicos del trastorno y supone la recuperación de la salud en sentido estricto. El segundo es un proceso de cambio y de crecimiento personal, basado en la esperanza, la autonomía y la afiliación, orientado a superar los efectos negativos para el desarrollo personal que, en muchos casos, tienen los trastornos mentales. Se trata, pues, de retomar el propio curso vital y recuperar al máximo las propias capacidades como individuo y como ciudadano. Este principio requiere poner en práctica medidas como:

- Alcanzar un compromiso con alto nivel institucional para orientar la organización y gestión de los servicios de acuerdo con el principio de la recuperación personal.
- Reconocer en el presupuesto de salud mental una partida específicamente destinada a apoyar a las asociaciones de enfermos y enfermas y sus familiares.
- Garantizar la participación de representantes de pacientes y familiares en los procesos de mejora continua de la calidad, en pie de igualdad con los profesionales.
- Desarrollar y aplicar medidas de resultado que incorporen indicadores de recuperación personal.
- Reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y de restricción de la libertad, velando que no conlleve riesgos evitables tanto para la propia persona como para su entorno.
- Modificar las actitudes del personal sanitario para adaptarlas al principio de la recuperación.

Responsabilización: Es el reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a los pacientes, familiares y la comunidad. Este principio requiere para su aplicación medidas como las siguientes:

- Transparencia en la gestión y la administración de los servicios sanitarios.
- Adopción de criterios explícitos y transparentes para el establecimiento de prioridades.
- Publicación de la cartera de servicios y prestaciones en salud mental.
- Provisión de los cauces sociales, jurídicos y administrativos adecuados para tramitar las quejas y darles respuesta.

Calidad: Es una característica de los servicios que busca aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean, utilizando procedimientos basados en evidencias. Para la sociedad en general y para los usuarios en particular, significa que los servicios deben lograr resultados positivos. Para el personal y los gestores sanitarios, significa que los servicios deben hacer el mejor uso de los conocimientos y la evidencia científica disponibles.

Mejorar la calidad significa:

- Preservar la dignidad de las personas con enfermedades mentales.
- Proveer cuidados orientados a minimizar el impacto de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales.
- Emplear intervenciones que capaciten a las personas con trastornos mentales a manejar su discapacidad por sí mismas.
- Asegurar que la calidad mejora en todas las áreas, incluyendo la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, así como los entornos ambulatorios, hospitalarios y residenciales.

3. DOCUMENTOS DE REFERENCIA EN ATENCIÓN AL TMG. MARCO NORMATIVO

3.1 DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA EN LA ATENCIÓN AL TMG

Tal y como se recogía en el punto anterior del estudio, la atención a las personas con TMG ha ido evolucionando de forma progresiva trasladándose de las instituciones psiquiátricas de perfil manicomial a la intervención comunitaria.

A continuación se procede a revisar la abundante documentación que avala la importancia de este modelo de atención a las personas con TMG. Los documentos revisados se presentan en la siguiente tabla:

INTERNACIONALES	EUROPEOS	NACIONALES	AUTONÓMICOS
OMS 2001	LIBRO VERDE 2005	ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL SNS 2006	PLAN DE SALUD MENTAL 2015-2019
OMS 2002	DECLARACIÓN DE HELSINKI 2005	IMSERO CUADERNO TÉCNICO MODELO DE ATENCIÓN TMG 2007	
OMS 2008	PACTO EUROPEO PARA LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR 2008	ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL SNS 2009-2013	
		LIBRO BLANCO DE LA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA 2011	

INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO, OMS 2001:

El Informe elaborado por la OMS en el año 2011 afirma que para tratar correctamente los trastornos mentales se debe hacer un uso racional de las intervenciones farmacológicas, psicológicas y psicosociales disponibles, combinándolas en alternativas clínicamente válidas, equilibradas e integradas.

Plantea que la cronicidad que acompaña ciertos trastornos mentales y conductuales implica consideraciones especiales y que su atención debe ser reorganizada. Este cambio de organización por el que aboga el informe se debe a las repercusiones particulares para el acceso a los servicios, la disponibilidad de personal y los costos para el paciente y su familia. Las necesidades de los pacientes y de sus familias son complejas y variables, y es importante que la asistencia tenga continuidad.

Para prestar asistencia integral a algunos enfermos mentales se requiere una extensa gama de servicios. Quienes se recuperan de la enfermedad necesitan que se les ayude a recobrar sus capacidades y retomar su puesto en la sociedad. Quienes sólo se recuperan parcialmente necesitan apoyo para competir en una sociedad abierta. Sobre todo en los países en desarrollo, algunos pacientes que han recibido una asistencia subóptima pueden aun así beneficiarse de programas de rehabilitación. Los servicios pueden dispensar medicación o suministrar programas especiales de rehabilitación, vivienda, asistencia jurídica u otras formas de apoyo socioeconómico. Los equipos multidisciplinarios tienen especial interés para el manejo de los trastornos mentales, debido a las necesidades complejas de los pacientes y sus familias en distintos momentos de la enfermedad.

El informe afirma que, quizá más particularmente que otras afecciones de la salud, los trastornos mentales y conductuales requieren para su manejo una combinación equilibrada de tres componentes fundamentales: medicación (o farmacoterapia), psicoterapia y rehabilitación psicosocial. Dicho de otro modo, el tratamiento debe adaptarse a las necesidades de cada caso, pero esas necesidades van cambiando a medida que evoluciona la enfermedad y varían las condiciones de vida del paciente.

El Informe de la OMS considera que los gobiernos son responsables de dar prioridad a la salud mental. Además, es esencial el apoyo internacional para que muchos países pongan en marcha programas de salud mental. Las acciones que haya que emprender en cada país dependerán de los recursos disponibles y del estado actual de la atención de salud mental.

Este informe hace 10 recomendaciones generales:

1. Dispensar tratamiento para los trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos
3. Sustituir los grandes hospitales psiquiátricos custodiales por centros de atención comunitaria, respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales y apoyo a la asistencia domiciliaria
4. Realizar campañas de sensibilización pública para acabar con la estigmatización y la discriminación

5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores en la adopción de decisiones sobre políticas y servicios
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional
7. Adiestrar a profesionales de la salud mental
8. Vincular la salud mental a otros sectores sociales
9. Vigilar la salud mental
10. Apoyar la investigación.

La tercera recomendación es en la que pondremos especial atención atendiendo a los objetivos del estudio. Así, según afirma el informe la atención comunitaria tiene mejores efectos que el tratamiento institucional en el pronóstico y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos. Además, el traspaso de los pacientes de hospitales psiquiátricos a la asistencia comunitaria es económicamente eficiente y respeta los derechos humanos. Por lo tanto, se deben suministrar servicios de salud mental en la comunidad, utilizando para ello todos los recursos disponibles. Los servicios comunitarios pueden facilitar la intervención temprana y limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento. Los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales y apoyo a la asistencia domiciliaria, con vistas a satisfacer todas las necesidades de los enfermos que eran competencia de dichos hospitales. Este traspaso a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario, junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido.

INFORME “PROGRAMA MUNDIAL DE ACCIÓN EN SALUD MENTAL”, OMS 2002:

En esta ocasión la OMS hace especial hincapié en la alarmante carga de los trastornos mentales aportando numerosos datos en torno al impacto económico y social que producen estos trastornos.

Según el informe una de cada cuatro personas, es decir el 25% de la población, sufre en algún momento de la vida de al menos un trastorno mental. Actualmente hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados

como en desarrollo. Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial. Los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia. Esta carga cobra un elevado tributo en forma de sufrimiento, discapacidad y pérdidas económicas. Aunque los trastornos mentales afectan a personas de todos los grupos sociales y países, los pobres los sufren de forma desproporcionadamente mayor. Además, dado que la longevidad aumenta y las poblaciones envejecen, en las próximas décadas aumentará el número de afectados por trastornos mentales, así como la carga consiguiente.

El informe hace también un amplio estudio de las repercusiones económicas de los trastornos mentales. Las personas enfermas y sus familiares o las personas que cuidan de ellos a menudo pierden productividad en el hogar y en el trabajo. Las pérdidas de ingresos, junto a la posibilidad de incurrir en enormes gastos de salud, pueden dejar maltrecha la economía de los pacientes y sus familiares, generando o agravando condiciones de pobreza.

Allí donde se han estudiado las repercusiones económicas de los trastornos mentales se han obtenido cifras abrumadoras. El conjunto más completo de estimaciones proviene de los Estados Unidos de América, donde la carga económica total se ha estimado en US\$ 148. 000 millones anuales. Un considerable porcentaje de esos gastos totales puede atribuirse a la discapacidad laboral y a las pérdidas de productividad que de ella se derivan. Según esos cálculos, el costo total de los trastornos mentales se acercaba al 2,5% del producto nacional bruto estadounidense.

Para que la salud mental de las poblaciones mejore, es imprescindible que los gobiernos se impliquen y adopten con voluntad política estrategias sistemáticas.

En este Informe siguen plenamente vigentes las recomendaciones generales realizadas en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, basado en datos científicos y técnicos sobre los procedimientos que se han demostrado eficaces, Ninguna de ellas presenta dificultades insuperables para los países, siempre y cuando gocen de algún apoyo técnico y financiero. Es deseable esperar que la aplicación conjunta de esas recomendaciones ayuden a materializar las

posibilidades existentes para mejorar la situación actual de la salud mental. De nuevo, por tanto, se vuelve a recordar la importancia de prestar asistencia a las personas con TMG en la comunidad.

INFORME “PROGRAMA DE ACCIÓN PARA SUPERAR LAS BRECHAS EN SALUD MENTAL”, OMS 2008:

El Informe publicado en el año 2008 por la OMS pone su atención en los llamados paquetes de intervenciones.

El paquete consta de intervenciones para la prevención y el tratamiento de cada una de las afecciones prioritarias, basadas en datos acerca de la eficacia y la factibilidad de la ampliación y mejoramiento de estas intervenciones. En este contexto, una intervención se define como un agente o acción (de tipo biológica, psicológica o social) que tiene por objeto reducir la morbilidad o la mortalidad. Las intervenciones pueden dirigirse a individuos o poblaciones y se han identificado considerando su efectividad, su eficacia en función de los costos, su equidad, cuestiones éticas - incluidos los derechos humanos-, su factibilidad o posibilidad de prestación, así como su aceptabilidad.

Actualmente se dispone de considerable información acerca de la eficacia en función de los costos de diversas intervenciones para la reducción de la carga de los TMG. Aunque es útil determinar cuáles intervenciones son coste-efectivas en lo relativo a un conjunto particular de trastornos, esto no constituye el final del proceso. Al tomar decisiones respecto a qué intervenciones deben prestarse, hay que considerar otros criterios, como la gravedad de los diferentes trastornos (en cuanto a sufrimiento y discapacidad), el potencial de reducción de la pobreza de las personas que los padecen y la protección de los derechos humanos de quienes padecen severos trastornos TMG.

Las intervenciones no pueden ejecutarse como actividades independientes, sino que deben prestarse como parte de una variedad de paquetes o conjuntos y en diferentes niveles del sistema de salud. La implementación de las intervenciones en forma de paquetes tiene muchas ventajas y es la opción más rentable en cuanto a capacitación, ejecución y supervisión. Muchas intervenciones van naturalmente

juntas, dado que puede llevarla a cabo la misma persona, en el mismo momento (por ejemplo, antipsicóticos e intervenciones familiares y comunitarias para el tratamiento de la esquizofrenia).

Siguiendo el modelo considerado en este Informe encontramos que los paquetes de intervenciones basadas en datos científicos para tratar los llamados TMG serían los siguientes:

	Basadas en datos científicos	Ejemplos de intervenciones que deben formar parte del paquete:
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Tratamiento con medicamentos antipsicóticos	Tratamiento con antipsicóticos
	Intervenciones psicosociales familiares o comunitarias	Rehabilitación comunitaria. Remisión de casos y apoyo de supervisión por especialistas.

LIBRO VERDE: “MEJORAR LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN. HACIA UNA ESTRATEGIA DE LA UNIÓN EUROPEA EN MATERIA DE SALUD MENTAL”, 2005

El propósito del Libro Verde es iniciar un debate con las instituciones europeas, los gobiernos, los profesionales de la sanidad, las partes interesadas de otros sectores, la sociedad civil, en particular las organizaciones de pacientes, y la comunidad investigadora sobre la importancia de la salud mental para la UE, la necesidad de una estrategia a escala de la UE y las posibles prioridades de tal estrategia.

La desinstitucionalización de los servicios de salud mental y la prestación de estos servicios en la atención primaria, los centros locales y los hospitales generales, en consonancia con las necesidades de los pacientes y sus familiares, pueden favorecer la inclusión social. Los grandes hospitales psiquiátricos o manicomios pueden contribuir fácilmente a la estigmatización. En sus reformas de los servicios

psiquiátricos, muchos países están pasando de las grandes instituciones psiquiátricas (en algunos nuevos Estados miembros, este tipo de instituciones constituyen la infraestructura preponderante de los servicios de salud mental) a los centros locales. Ello va unido a la formación impartida a pacientes, familiares y personal sobre las estrategias de participación activa y capacitación. Un estudio realizado para la Comisión con el título «Included in Society» (Dentro de la sociedad), confirmaba que la sustitución de esas instituciones por alternativas extrahospitalarias ofrece, en general, a las personas con discapacidad la oportunidad de disfrutar de una mejor calidad de vida.

Posibles iniciativas a nivel comunitario:

- Las sugerencias resultantes del proceso de consulta podrían servir para identificar las mejores prácticas de promoción de la inclusión social y de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales y discapacidades psíquicas.
- Las personas con enfermedades o discapacidades psíquicas y la situación de las instituciones psiquiátricas podrían incluirse en las actividades de la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que comenzará a funcionar el 1 de enero de 2007.

DECLARACIÓN DE HELSINKI, 2005

La Declaración de Helsinki reconoce que no hay salud sin salud mental. En dicha Declaración, los Ministros responsables de salud, se comprometen a adoptar políticas integrales en salud mental basadas en la evidencia, así como establecer los medios y mecanismos para su desarrollo, implementación y reforzamiento.

Una de las acciones a llevar a cabo es la siguiente:

“Ofrecer una atención eficaz e integral a las personas con problemas graves de salud mental, así como un tratamiento que tenga en cuenta sus preferencias personales y las proteja de posibles abusos y negligencias”.

Además considera preciso adoptar programas de reforma y modernización en la Región Europea de la OMS aprender de las experiencias compartidas y ser conscientes de las específicas características que presenta cada país. Creemos que

las prioridades principales para la próxima década son diseñar y establecer sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes que cubran la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, asistencia y recuperación.

PACTO EUROPEO PARA LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR, 13 DE JUNIO DE 2008

A raíz de la Declaración y del Plan de Acción de Helsinki, la Comisión Europea consideró que los Estados miembro de la Unión Europea debían emprender líneas de trabajo y de acción conjuntas que permitieran desarrollar los contenidos de Helsinki y sincronizar acciones y estrategias. Todo ello se plasmó en el proyecto “Libro Verde de la Salud Mental en Europa. Mejorar la salud mental de la población- Hacia una estrategia en salud mental en la Unión Europea”. El Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar fue la propuesta de continuidad del Libro Verde.

Sobre la base de los documentos para su elaboración se redactó el Pacto que la Comisaria Europea de Salud , junto con el Comisario Europeo de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, lanzó, como una declaración intersectorial sobre las acciones en salud mental en Europa, en la Conferencia de Alto Nivel “Juntos por la Salud y el Bienestar”.

El Pacto atañe a cinco áreas prioritarias, apoyadas en cinco documentos de consenso, que son:

- La salud mental entre los jóvenes y en la educación.
- Prevención del suicidio y de la depresión.
- La salud mental en el entorno laboral.
- La salud mental de las personas mayores.
- Luchar contra el estigma y la exclusión social.

Los objetivos del Pacto son apoyar e informar a los Estados miembros y a otros actores interesados, promover las mejores prácticas, alentar el desarrollo de acciones para afrontar los principales desafíos que atañen a la salud mental y reducir las desigualdades sociales.

El 18 de enero de 2009 el Parlamento Europeo adoptó la resolución 2008/22009 (Informe A6-0034/2009) en la que se asumen los postulados y propuestas del Pacto

así como un conjunto de llamadas a desarrollar acciones relativas a la salud mental, tanto a nivel nacional como a nivel europeo.

Actualmente el Pacto está en fase de implementación dentro de la cual tiene especial relevancia el desarrollo de cinco conferencias temáticas sobre cada una de las áreas prioritarias:

1. Promoción de la Salud Mental y el Bienestar de Niños y Jóvenes. 29-30 septiembre 2009, Estocolmo, dentro de la Presidencia Sueca de la UE
2. Prevención del Suicidio y la Depresión. 10-11 diciembre 2009, en Budapest, organizado por el Ministerio de Salud de Hungría.
3. La Salud Mental de Personas Mayores, Madrid 28-29 junio 2010, dentro de la Presidencia Española de la UE
4. Combatiendo el Estigma y Mejorando la Inclusión Social, Lisboa 15-16 noviembre 2010, organizado por el Ministerio de Salud de Portugal.
5. Salud Mental en el Trabajo, Berlín marzo 2011, organizado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y por el Ministerio de Salud de Alemania.

ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2006:

La Estrategia se basa en la filosofía y contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental, auspiciada por la Oficina Regional Europea de la OMS y que fue suscrita por España en 2005. La Estrategia adopta, pues, un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intrainstitucional, así como adoptar medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen estos trastornos.

La Estrategia constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de promoción de la salud mental, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con trastornos mentales. La Estrategia también incluye entre sus objetivos potenciar la investigación en salud mental y crear herramientas que permitan evaluar el avance del conocimiento en este campo, así como los avances y retrocesos que se detecten en su desarrollo.

No existen suficientes datos para valorar el coste económico exacto que esta carga de enfermedad supone en Europa, pero se estima que está entre el 3 y el 4% del PNB, por encima de los 182.000 millones de euros anuales, de los cuales el 46% corresponde a costes sanitarios y sociales directos, y el resto a gastos indirectos debidos a la pérdida de productividad, asociada fundamentalmente a la incapacidad laboral.

La Ley 14/1986, General de Sanidad, en su artículo 70, establece que la coordinación general sanitaria incluirá la determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de promoción, prevención, protección y asistencia sanitaria, así como el establecimiento con carácter general de criterios mínimos, básicos y comunes de evaluación de la eficacia, y rendimiento de los programas, centros y servicios sanitarios.

La Ley establece, además, que el Estado y las Comunidades Autónomas podrán establecer estrategias y actuaciones sanitarias conjuntas, que si implicaran a todas ellas se consensuarían en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, reconoce al Ministerio de Sanidad y Consumo competencias para el establecimiento de bases y coordinación general sanitaria y para impulsar la elaboración de planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes y otras actuaciones en coordinación con las Comunidades Autónomas.

En el marco de la Unión Europea, hay que tener en cuenta que en la Conferencia de Helsinki, celebrada en enero de 2005 bajo el lema Enfrentando desafíos, construyendo soluciones, los y las representantes de los Ministerios de Sanidad de los 52 Estados participantes suscribieron la Declaración Europea de Salud Mental. Esta Declaración considera la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social y, en consecuencia, insta a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en salud mental que integren la promoción y prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar.

En los últimos años, buscando garantizar la seguridad al mismo tiempo que respetar los derechos de los y las pacientes, se ha ido imponiendo en Europa un modelo organizativo de tipo comunitario para la atención a la salud mental el denominado Community based mental-health model. Numerosos estudios muestran que, a igualdad de gasto, el modelo comunitario es más eficaz, mejora más la calidad de vida y produce una mayor satisfacción en los y las pacientes y sus familiares que la asistencia en el hospital psiquiátrico monográfico. En nuestro país, el modelo de psiquiatría comunitaria está respaldado por la Ley General de Sanidad (1986) y por el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985).

Es en este documento en el que se establecen los principios básicos del modelo comunitario de atención (pueden verse de forma más extensa en el punto 2 de este estudio):

- Autonomía
- Continuidad
- Accesibilidad
- Comprensividad
- Equidad
- Recuperación personal
- Responsabilización

En la Estrategia se proponen seis líneas estratégicas. Son las siguientes:

- Línea estratégica 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
- Línea estratégica 2: Atención a los trastornos mentales.
- Línea estratégica 3: Coordinación interinstitucional e intrainstitucional.
- Línea estratégica 4: Formación del personal sanitario.
- Línea estratégica 5: Investigación en salud mental.
- Línea estratégica 6: Sistema de información en salud mental.

Dado el contenido y objetivos de este estudio nos detendremos en la Línea Estratégica 2 que aborda la atención a los trastornos mentales.

En los últimos 20 años se ha producido una transformación sustancial de la atención a la salud mental en nuestro país, resultado de la reforma psiquiátrica de los años ochenta, que se basó en los cambios democráticos, la nueva organización del territorio español y la Ley General de Sanidad. La normalización de la atención a la salud mental tiene su máxima expresión funcional, por una parte, en el desarrollo de las unidades de agudos o media estancia en los hospitales generales y, por otra, en el protagonismo que adquiere la atención primaria.

La realidad actual revela que el principal punto de contacto con la salud mental para la mayoría de los pacientes es el médico de familia, y que el 80% de los y las pacientes psiquiátricos atendidos en salud mental proceden del ámbito de la atención primaria. Este hecho se constata si consideramos la elevada prevalencia de los problemas relacionados con la salud mental en este nivel asistencial, que oscilan entre un 18 y un 39% según diferentes estudios, y que sólo alrededor del 10% son derivados. Estudios recientes señalan que, en la atención diaria, los médicos de familia atienden entre un 15 a un 18% de pacientes con algún tipo de trastorno mental o patología psiquiátrica. Pero debido a la diversidad en las necesidades de atención que presentan los y las pacientes con trastornos mentales, para garantizar un sistema sanitario de calidad es preciso que exista un desarrollo óptimo en las carteras de servicio de los equipos de atención primaria, así como de los equipos de salud mental. Además, para prestar una atención de calidad y asegurar las necesidades en la continuidad de la atención de estos pacientes, se requiere la definición de procesos de trabajo conjunto entre los profesionales de los dos niveles asistenciales, sin olvidar la contribución de los servicios sociales. Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales.

La red de atención comunitaria proporciona un abanico de prestaciones que integran aspectos de tratamiento biológico y psicosocial, rehabilitación, cuidados y apoyo en colaboración con otros departamentos sanitarios y no sanitarios para una población determinada. La evolución y el pronóstico a largo plazo de los trastornos mentales, tanto en términos clínicos como de calidad de vida y protección de los derechos de los pacientes, dependen al menos en parte, del tipo de atención que reciben.

Las características de la atención que contribuyen a un resultado positivo son:

- Detección e intervención precoces.
- Provisión del tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico adecuados.
- Actuación sobre los aspectos psicológicos y sociales que influyen sobre el curso evolutivo.
- Mantenimiento de la continuidad de la atención.
- Funcionamiento asertivo y proactivo en busca de la necesidad, no mera atención a la demanda.
- Atención (incluida la comunitaria) disponible 24 horas.
- Intervención psicoeducativa, de apoyo y, en su caso, terapéutica sobre las familias.
- Disponibilidad de las camas necesarias.
- Provisión de prestaciones de rehabilitación.
- Provisión de cuidados comunitarios.
- Provisión de apoyo para la vida normalizada.

Estas diferentes prestaciones se proporcionan desde distintos dispositivos que han de funcionar en red, coordinados por el equipo responsable del área sanitaria. También se han desarrollado programas para garantizar la coordinación entre los distintos dispositivos que actúan sobre un mismo paciente. La viabilidad y eficacia del modelo comunitario de atención han sido avaladas por numerosos estudios empíricos.

La red de atención comunitaria se desarrolló inicialmente para atender a los pacientes con trastornos mentales graves, es decir, aquellos que padecen trastornos incapacitantes de larga evolución que requieren atención multisectorial. Sin embargo, con el paso del tiempo, la demanda de atención a los trastornos mentales comunes, que, aunque también generan sufrimiento e invalidez, requieren atención clínica proporcionada casi exclusivamente por un solo profesional, ha ido creciendo y desbordando la capacidad de respuesta de los equipos.

La experiencia acumulada en estos años muestra la dificultad de mantener respuestas asistenciales adecuadas a ambos tipo de demandas por parte de un mismo equipo que, generalmente, no está dotado de recursos suficientes para garantizar calidad asistencial en ambos casos.

En los países con sistema nacional de salud, la mayor parte de estos problemas se atienden y se resuelven en el nivel de atención primaria, y sólo entre una décima y una vigésima parte son derivados a los servicios de salud mental. Existe un amplio consenso sobre los logros alcanzados en este proceso de cambio y la destacada participación de la medicina de familia, y también respecto a las insuficiencias y carencias todavía existentes.

Se han identificado problemas genéricos de la atención a la salud mental dependientes de las limitaciones de la reforma psiquiátrica, de la influencia de los problemas del sistema de salud y los específicos de la atención a la salud mental en atención primaria. Se constata, además, un cambio en el patrón de utilización de los servicios, con un incremento de la demanda por cuadros «psiquiátricos menores» (en un estudio de primeras consultas realizado en Asturias, el 57% corresponde a trastornos neuróticos y reacciones de adaptación). Los problemas que impiden garantizar la atención a la salud mental desde la atención primaria están actuando, posiblemente, como factor favorecedor de esta situación.

Sin embargo, los resultados de estudios realizados en otros países sugieren que, con una organización y coordinación adecuadas, los tratamientos en la comunidad no sólo son socialmente mucho más adecuados y accesibles, sino que, además, pueden ser bastante más baratos.

En España, así como en otros países de nuestro entorno, se dispone de datos que indican que los médicos de familia identifican en una primera visita al 50% de sus pacientes psiquiátricos, si bien un pequeño porcentaje de los detectados precisa derivación al segundo nivel. Entre los factores que podrían influir, se han señalado la insuficiente formación de los médicos de familia en salud mental, no tanto en el manejo de la relación con los pacientes como en la capacidad de detección precoz y en el abordaje terapéutico, junto a los problemas del exceso de demanda y el escaso tiempo disponible en las consultas. Hasta el último tercio del siglo XX no se había señalado suficientemente este problema, pero desde que se tomó conciencia de ello se han desarrollado propuestas teóricas e instrumentales para hacerle frente y se han puesto en marcha distintas estrategias organizativas para facilitar la colaboración de los especialistas en salud mental y los de atención primaria, cuyo papel en este tema se vio reforzado por la declaración de Alma Ata en 1978.

La implantación del modelo comunitario en España ha sido heterogénea en las distintas Comunidades Autónomas. En general, en todas se ha diversificado el tipo de dispositivos y prestaciones ofrecidos a las personas con trastornos mentales graves. Los dispositivos asistenciales (centros o unidades de salud mental, unidades de hospitalización en los hospitales generales, hospitales de día, unidades o centros de rehabilitación en régimen de día y de internamiento, comunidades terapéuticas, prestaciones residenciales, alternativas de empleo, etcétera) se han desarrollado de modo diferente y desigual, y con distintas denominaciones. También existen diferencias en la delimitación entre las prestaciones que se consideran sanitarias y las sociales, así como el acceso y la financiación de éstas en las distintas Comunidades Autónomas. El sistema de atención especializada a la salud mental atiende tanto a los trastornos mentales graves como a los comunes. El Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica y la Ley General de Sanidad establecen las bases de la colaboración entre la atención primaria y la atención especializada a la salud mental. Desde el inicio del proceso de reforma, éste ha sido un punto crucial, cuyo desarrollo se ha visto dificultado por diferentes factores, entre los que se cuentan: el desbordamiento de ambos escalones asistenciales por la demanda emergente, la dificultad para definir claramente límites entre el sufrimiento normal y la patología susceptible de tratamiento, más allá del criterio de cada profesional, y las dificultades de coordinación. A pesar de que los trastornos mentales comunes constituyen un volumen sustancial de la consulta de los médicos de familia, no siempre reciben la formación adecuada para diagnosticarlos y tratarlos, ni disponen de tiempo para ello, lo que condiciona que muchos de los pacientes reciban únicamente tratamiento farmacológico cuando en muchas ocasiones podrían beneficiarse de abordajes multidisciplinares con estrategias y técnicas de apoyo y consejo psicológico breve. Por su parte, en el nivel especializado, la atención a los trastornos mentales comunes representa una demanda creciente que resta capacidad para la atención a los trastornos mentales más graves e incapacitantes, sin que ello se asocie a una mayor disponibilidad de tiempo para el tratamiento adecuado de los primeros, debido fundamentalmente a la insuficiencia en el número de especialistas y dispositivos asistenciales.

Las asociaciones de familiares y usuarios se han desarrollado en todas las Comunidades Autónomas, aunque mantienen relaciones diferentes con los Servicios

Regionales de Salud en base a sus políticas asistenciales. Su participación activa, bien en la provisión de servicios o en el control de los mismos, ha aportado nuevas formas de contemplar aspectos como la autonomía, la dependencia y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y sus familias.

CUADERNOS TÉCNICOS: “MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA”, IMSERSO 2007:

En este Informe se hace un repaso a lo que ha sido la atención de las personas con TMG desde un punto de vista histórico. Así, se considera que el primer impulso específico para la población afectada vino de la mano de la Reforma Psiquiátrica y del modelo asistencial biopsicosocial. El punto de partida de la creación de los recursos rehabilitadores específicos en trastorno mental es la Ley General de Sanidad (1986), que establecía la integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general. Esto significaba la transformación del modelo institucionalizador en un modelo comunitario, proceso ya descrito como Reforma Psiquiátrica. A nivel específico de la Rehabilitación Psicosocial, establecía que se desarrollarían “los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales”.

En este informe se hace una especial reseña al aspecto legislativo en Salud Mental siendo además éste un tema al que se concede cada vez más importancia desde organizaciones internacionales como la OMS o la ONU.

Se plantea que la legislación para personas con enfermedad mental y, por tanto, la normativa aplicable al ámbito de la rehabilitación psicosocial, debería ser algo más que una recopilación de normas sobre cuidados y tratamientos, y no debería limitarse a regular la forma en que se prestan dichos tratamientos en las instituciones sanitarias.

La OMS (2003) sugiere que el enfoque más adecuado para tratar la complejidad de las necesidades de las personas con trastornos mentales pudiera ser el disponer de una legislación específica sobre salud mental que complementase a una legislación de carácter más general. Por otro lado, se contempla que esta legislación debería

entenderse como un proceso y no como un hecho puntual, de forma que le permitiera adaptarse a los avances científicos en el tratamiento de los enfermos mentales y del desarrollo de la red de servicios.

Un sistema legislativo adecuado debería contemplar tener en cuenta las siguientes áreas generales clave: (basado en Legislación en Salud Mental: diez principios básicos. Organización Mundial de la Salud, 1996)

- La integración en la comunidad de personas con trastornos mentales.
- La rehabilitación y el seguimiento.
- La prestación de una atención de calidad.
- Acceso a los servicios básicos de salud mental y a los cuidados menos restrictivos posibles.
- Accesibilidad a la revisión de los procedimientos.
- La protección de los derechos civiles.
- Autodeterminación.
- La protección y promoción de derechos en otras áreas clave como la vivienda, la educación y el empleo.
- La prevención de los trastornos mentales y promoción de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad

Por otro lado, el sentir de los movimientos sociales y culturales de los últimos años, junto con las recomendaciones y directrices en materia de salud mental y derechos humanos de la OMS (2003) y del Comité de Ministros del Consejo de Europa (2005) han puesto de relieve la necesidad de plantearse nuevas fórmulas legislativas en los países para amparar y garantizar estos derechos universales a las personas con un trastorno mental.

Respecto a los contenidos específicos que debería recoger la legislación relativa a enfermedad mental, la OMS (2003) sugiere que debería incluir tres tipos de disposiciones:

1. Disposiciones fundamentales para la legislación de la salud mental:
 - Forma de acceso a los servicios básicos de salud mental.
 - El principio de la alternativa menos restrictiva.
 - Confidencialidad.
 - Consentimiento informado.
 - Tratamiento e ingreso voluntario e involuntario.
 - Mecanismos de revisión periódica.

- Competencia y tutela.

2. Disposiciones legislativas para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales graves en los siguientes sectores:

- Vivienda/Alojamiento.
- Empleo.
- Educación.
- Seguridad social.
- Atención Primaria.
- Rehabilitación, incluyendo acceso a recursos laborales.
- Accesibilidad al sistema de prestaciones sociales que favorezcan su integración social

3. Disposiciones específicas para:

- Promoción y prevención de los trastornos mentales graves.
- Protección de grupos más vulnerables: mujeres, niños, ancianos, etc.
- Restricciones al acceso de alcohol y drogas.
- Regular al tratamiento de personas con TMG en los procedimientos de tipo Penal.

ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2009-2013:

La Estrategia en Salud Mental del SNS 2009-2013 tuvo como objetivo importante poner su atención al fomento e implementación del uso de técnicas de intervención eficaces: psicoterapia, intervenciones familiares psicoeducativas y rehabilitación.

Puede afirmarse, en líneas generales, que la mayoría de las CC.AA. están trabajando en aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben dichas técnicas de intervención. Aunque no existen encuestas publicadas, en nuestro país, sobre la frecuencia de la práctica de dichas técnicas, está muy extendida la idea de que su uso se ha generalizado. Sin embargo, solamente algunas han demostrado su eficacia en estudios experimentales. El empleo de técnicas psicoterapéuticas, psicoeducativas y de rehabilitación “basadas en la evidencia” debería ser más intensivo. No sería una práctica deseable excluir de los catálogos de prestaciones aquellas técnicas que no tengan un soporte experimental, ya que la mayoría no lo tiene porque no han sido puestas a prueba, siendo ineludible incluir y ofrecer todas aquellas que si lo tengan. Sería necesario hacer un mayor

esfuerzo en formación del personal de salud mental para incrementar el número de técnicas disponibles.

La mayoría de las CC.AA. han incluido en su plan de salud mental programas para evitar los abandonos del tipo tratamiento asertivo comunitario, pautas de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis. También han implantado casi 100 protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes y/o de mayor complejidad asistencial.

Se establece un Objetivo General basado en la mejora de la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental. Para alcanzar este objetivo es necesario llevar a cabo las siguientes mejoras:

- Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales graves que son incluidos en un programa de rehabilitación.
- Establecer, en cada una de las estructuras territoriales sanitarias, el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos, incluyendo la atención domiciliaria y rehabilitación, suficientes para encarar las necesidades de su población, asegurando la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios en la que estarán incluidos los hospitales generales, y coordinados con atención primaria.
- Establecer, para las personas con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de atención.
- Disponer en los equipos de salud mental en el ámbito comunitario, y en relación con los trastornos mentales graves prolongados, de un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia y que incluya la atención domiciliaria, así como la gestión y la coordinación multisectorial de su proceso asistencial.

La Estrategia además hace, en la línea de la mejora en la atención a las personas con trastorno mental, las siguientes recomendaciones:

- Todos los pacientes diagnosticados de TMG deben tener la posibilidad de ser incluidos precozmente en un programa de rehabilitación. Se recomienda mejorar el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos y rehabilitadores, tanto en población adulta como infanto-juvenil, en las

estructuras territoriales sanitarias. Estos dispositivos deberán tener en cuenta las diferencias sociofamiliares de mujeres y hombres.

- Se proponen dos tipos de planes de atención individualizada: el Plan Integrado de Atención para los pacientes con TMG y el Acuerdo Terapéutico para los pacientes con Trastorno Mental Común. Se recomiendan formas organizativas orientadas a mejorar la continuidad de la asistencia de las personas con TMG, reducir el número de hospitalizaciones y mejorar su funcionamiento social y calidad de vida. Se proponen dos modelos de referencia: el Tratamiento Asertivo Comunitario y los Programas de Continuidad de Cuidados.

LIBRO BLANCO DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA, 2011

El Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria es un documento de reflexión y análisis estructurado en dos partes. La primera de ellas “ Estudio de Situación de la Coordinación Sociosanitaria en España” corresponde a un estudio previo de la situación de la coordinación social y sanitaria -en nuestro país y fuera de nuestras fronteras- que pretende servir de base a responsables políticos y técnicos para que dispongan de elementos concretos con los que avanzar en la articulación de la misma en sus respectivos ámbitos territoriales, garantizar el principio de continuidad en la asistencia y asegurar la prestación eficiente de servicios adaptados a las necesidades que presentan los pacientes crónicos y dependientes en nuestro país. La segunda parte “Reflexiones en torno a la coordinación sociosanitaria. Medidas para su promoción” recoge recomendaciones para facilitar su implementación además de describir aquellas experiencias exitosas que se están llevando a cabo en las distintas comunidades autónomas y que pueden ayudar a fomentar la colaboración institucional y servir como modelo para su extensión.

En España, la atención sociosanitaria fue definida en la ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del sistema nacional de salud y se refiere a ella como aquella que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social, señalando que “la continuidad del servicio será garantizada por

los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes”.

Aunque dicho concepto ha ido evolucionando, ha permanecido asociado a la prestación de cuidados continuados o de larga duración dispensados a personas que presenten simultáneamente dependencia y enfermedades generalmente crónicas (a veces causantes propiamente de la situación de dependencia) y que tengan necesidad de cuidados personales y sanitarios al mismo tiempo.

Desarrollando esta definición podríamos decir que la atención sociosanitaria:

1) Responde a situaciones complejas y mixtas en las que confluyen necesidades sociales y sanitarias simultáneamente sin necesidad de que la intensidad de ambas se presente en una proporción similar ni al origen ni a lo largo del tiempo. Es decir, la atención que requiere un paciente crónico y dependiente en determinados momentos podrá ser predominantemente sanitaria mientras que, en otros, pueda serlo principalmente social. Lo determinante es que ambas están presentes a lo largo del proceso asistencial.

2) Gira en torno a los “cuidados de larga duración”. Se trata de procesos horizontales, de pacientes que precisan asistencia continua que viene determinada por el deterioro de las capacidades funcionales físicas, mentales y/o cognitivas frente a aquellas situaciones en las que puede requerir puntualmente la intervención de ambos sistemas. La duración y el tipo de cuidados, fruto de la propia variabilidad individual, son en muchos casos difíciles de predecir.

3) Es una respuesta a las situaciones de dependencia: habrá de tenerse en cuenta, por tanto, que la satisfacción de las necesidades del paciente dependerá en todo momento de los recursos existentes y la disponibilidad o accesibilidad a los mismos.

El objetivo principal de la atención sociosanitaria es proporcionar una atención integral al paciente y satisfacer las necesidades que pueda plantear a lo largo del continuum asistencial. La propia definición lleva implícita la colaboración entre los dos sectores donde tradicionalmente ha habido una separación, el sanitario y el social. Debe ser abordada desde una visión holística y sinérgica, garantizando un abordaje global de la situación que permita, además, la optimización de todos los

recursos existentes. Se trata de un modelo diferente, adaptado a la situación actual, que consiga satisfacer las necesidades emergentes de los ciudadanos.

Entendiendo que la adopción de un modelo de coordinación sociosanitaria tiene como objetivos esenciales la atención integral, continuada y adaptada a las necesidades del usuario, el aumento de la eficacia y la eficiencia en las intervenciones y la optimización de los recursos disponibles y, como consecuencia, una reducción de los costes y un incremento de la satisfacción de pacientes, cuidadores y profesionales, podemos extraer los siguientes beneficios directos:

- Tratamiento óptimo y adecuado de las necesidades sociosanitarias
- Favorece la implicación del usuario y fomenta su responsabilidad
- Mejora la eficiencia y eficacia del servicio, favoreciendo su sostenibilidad
- Fomenta el compromiso de los profesionales, aumenta sus conocimientos, la innovación y la creatividad
- Promueve la creación de canales de comunicación funcionales y estables

Mejorar la coordinación sociosanitaria de manera efectiva en España, requerirá decisión y medidas inspiradoras para vencer las dificultades existentes.

Las medidas que se proponen se encuentran divididas en dos grupos. El primero de ellos viene constituido por las recomendaciones básicas para la construcción del modelo, es decir, aquellos elementos esenciales sin los cuales no sería posible, de facto, la implantación efectiva de la coordinación sociosanitaria. El segundo grupo lo conforman una serie de propuestas de acción y, por tanto, de carácter ejecutivo, que han sido agrupadas en función de la tipología de las mismas: organizativas, asistenciales y tecnológicas. Son, en total, 63 medidas con las que se pretende reforzar la coordinación sociosanitaria en España.

PLAN DE SALUD MENTAL DE CANTABRIA 2015-2019

La Estrategia en Salud Mental fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en diciembre del año 2006. La evaluación de dicha estrategia se publicó en el año 2011, así como la nueva estrategia para el periodo 2011-2013. Las propuestas contenidas en el Plan de Salud Mental de Cantabria surgen del compromiso con dicha estrategia nacional y su adaptación a la realidad sociodemográfica y asistencial de la Comunidad Autónoma de Cantabria. El Plan de Salud Mental representa el desarrollo de una de las 8 líneas estratégicas, la

denominada “Trastornos mentales”, señaladas en el Plan de Salud de Cantabria 2014-2019 por un panel de expertos y un grupo asesor, y utiliza la misma metodología.

Los programas que recoge este Plan son los siguientes:

1. Psicosis afectivas y no afectivas.
2. Trastornos depresivos.
3. Suicidio.
4. Trastornos de la personalidad.
5. Trastornos de la conducta alimentaria.
6. Salud mental en atención primaria.
7. Problemas de salud mental en la edad geriátrica.
8. Problemas de salud mental en la edad infantojuvenil.
9. Atención a la persona con enfermedad mental grave y crónica.
10. Trastornos relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias.
11. Organización de los dispositivos de atención a la salud mental.
12. eSalud Mental: sistemas de información y nuevas tecnologías aplicadas a la salud mental.
13. Psicoterapia.
14. Formación en salud mental.
15. Investigación en salud mental.
16. Evaluación del Plan de Salud Mental.

En el desarrollo de las líneas de estos programas se han establecido 166 objetivos específicos, con un total de 216 actuaciones, con sus correspondientes indicadores. Estas actuaciones incluyen la elaboración de documentos, creación de registros, coordinación entre dispositivos e instituciones, dotación de nuevos recursos y, sobre todo, actuaciones directas sobre los pacientes, sus familias y los profesionales de la Red de Salud Mental de Cantabria.

3.2 MARCO NORMATIVO ESPAÑOL

Por otro lado, a continuación, hacemos una breve referencia a los textos legislativos del territorio español en los que se regulan los derechos básicos de las personas con TMG en temas tales como los derechos civiles, la asistencia sociosanitaria,...

La Constitución Española de 1978

Artículo 43

1. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*
2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

La reforma psiquiátrica de 1984

En 1982 se inició en el ámbito sanitario un amplio proceso de reformas que sirvieron de referencia para elaborar las medidas a tomar en Salud Mental.

El 27 de julio de 1983, el Ministerio de Sanidad y Consumo crea la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

En abril de 1985, se publica el informe Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental, *que abogaba por:*

- *El reconocimiento de los derechos civiles de la persona con enfermedad mental.*
- *El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria.*
- *El reconocimiento del derecho de las personas en cumplimiento de causa penal a recibir atención psiquiátrica.*

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

(Capítulo III. Artículo 20)

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, definió los derechos de los usuarios/as del sistema sanitario a la protección de la salud al regular, de forma genérica, las prestaciones facilitadas por el sistema sanitario público.

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (Vigente hasta el 15 de Julio de 2015).

(Capítulo II. Artículo 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

Dicho artículo describe el procedimiento del internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. En el punto 1 de este artículo los dos primeros párrafos han sido declarados inconstitucionales por STC 132/2010, de 2 diciembre (Sala Pleno), con el efecto establecido en el Fundamento Jurídico 3.

Los dos párrafos mencionados son los siguientes: “El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.”

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

(Capítulo I, Sección 1ª. Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.)

1. *La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.*

2. *En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:*

a) Los cuidados sanitarios de larga duración.

b) La atención sanitaria a la convalecencia.

c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3. *La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.*

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

(Anexo III Cartera de servicios comunes de atención especializada, punto 7. Atención a la salud mental.)

Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.

La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.*
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento*

ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.

- *Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.*
- *Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.*
- *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.*
- *Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.*
- *Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.*

4. DATOS ECONÓMICOS DE LOS RECURSOS SANITARIOS A PERSONAS CON TMG EN CANTABRIA

En este apartado vamos a realizar una breve descripción de los dispositivos sanitarios que hay en Cantabria, utilizando como referencia el documento del Plan de Salud Mental que lo expone de manera precisa. Por otro lado, haremos una breve referencia a aquellos datos económicos a los cuales hemos tenido acceso gracias al Servicio Cántabro de salud, como fuente principal.

4.1 DISPOSITIVOS SANITARIOS EN CANTABRIA

A continuación y basándonos en el Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 pasamos a hacer una breve descripción de los dispositivos sanitarios disponibles para la atención del TMG:

- Unidades de salud mental de adultos (USM): La Red de Salud Mental de Cantabria cuenta con 6 unidades de salud mental. Son los dispositivos básicos de atención especializada en salud mental para mayores de 18 años. Ofrecen atención ambulatoria a personas derivadas por los equipos de atención primaria o desde otros dispositivos de salud mental. Cada USM tiene asignada un área de cobertura formada por varias zonas básicas de salud de una misma área de salud.

Unidades de salud mental infanto-juvenil (USMIJ): Existen tres unidades ambulatorias de atención especializada para menores de 18 años; una ubicada en Santander, que presta atención al área sanitarias de Santander; otra ubicada en Torrelavega, que atiende las áreas sanitarias de Torrelavega y Reinosa y, por último, la de Laredo que en el mes de mayo de este año ha entrado en funcionamiento cumpliéndose así un objetivo prioritario del propio Plan de Salud Mental.

Sus pacientes son remitidos desde los servicios de atención primaria y pueden atender casos urgentes durante su horario de apertura.

- Unidades de atención a las drogodependencias (UAAD): Las actividades asistenciales de las UAAD están centradas fundamentalmente en la atención de los problemas de salud mental derivados del consumo de sustancias psicoactivas ilegales. Existen 3 unidades de este tipo en Cantabria (Santander, Torrelavega y Laredo) que atienden a la población de sus respectivas áreas sanitarias.
- Unidades de hospitalización de agudos a tiempo completo: Los servicios hospitalarios de salud mental a tiempo completo, ubicados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, dispensan su atención a toda la población de Cantabria. La unidad de hospitalización de agudos cuenta con 28 camas. La unidad de hospitalización de trastornos de la conducta alimentaria cuenta con 4 camas.

Hasta el primer trimestre del año no existía una unidad de hospitalización infantojuvenil específica. Los ingresos se realizaban en camas del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en el caso de niños más pequeños, o en la unidad psiquiátrica de adultos en algunos casos de adolescentes. Sin embargo, la falta de especificidad de estas plazas obligaba a que los pacientes más graves o complicados fueron derivados a otras comunidades autónomas.

Para solventar esta situación y cumpliéndose otro de los objetivos del Plan de Salud Mental empezó a funcionar la unidad de hospitalización infantojuvenil a tiempo completo en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Unidades de hospitalización de media y larga estancia: El Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas (CRPP), ubicado en la localidad de Maliaño de Camargo, presta atención a población adulta de toda la Comunidad de Cantabria con perfiles específicos de enfermedad mental crónica. Está integrado en el Servicio Cántabro de Salud, a través de la Gerencia de Atención Especializada del Área I, y cuenta con 66 camas repartidas en 3 unidades de hospitalización.

Estas camas de media y larga estancia psiquiátrica se complementan con las 30 camas concertadas por el Servicio Cántabro de Salud con el Centro Hospitalario

Padre Menni, ubicado en Santander, perteneciente a la Congregación de las Hermanas Hospitalarias.

- Unidades de hospitalización psiquiátrica a tiempo parcial: En Cantabria existen actualmente cuatro unidades de hospitalización psiquiátrica a tiempo parcial en la red pública de salud mental:
 - El hospital de Día de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), ubicada en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, con 15 plazas para pacientes de las áreas sanitarias de Santander y Laredo.
 - El hospital de día Psiquiátrico del Hospital Sierralana de Torrelavega. Cuenta con 14 plazas.
 - La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Parcial del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, con 14 plazas para pacientes con patología psiquiátrica aguda de las áreas sanitarias de Santander y Laredo.
 - El Hospital de Día del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, para pacientes con TMG y de evolución crónica, cuenta con 15 plazas.
- El Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas: ofrece programas de rehabilitación psicosocial a pacientes que residen en municipios próximos, con un funcionamiento similar al de los CRPS concertados.

4.2 DATOS ECONÓMICOS

A continuación presentamos una relación de datos económicos relativos a los costes en los distintos dispositivos de atención sanitaria a las personas con TMG.

Este apartado no pretende hacer un análisis exhaustivo de los mismos sino, simplemente, una breve descripción que permita posteriormente hacer algunas aportaciones en la línea del objetivo principal del estudio, que no es otro, que servir de reflexión sobre la importancia de continuar desarrollando el modelo comunitario de atención a las personas con TMG, no sólo basándonos en criterios de calidad de vida sino también en términos de gasto sanitario.

Tabla 1: Datos de la unidad de hospitalización a tiempo completo (unidad de agudos) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de los años 2012, 2013 y 2014.

	2012	2013	2014
ALTAS	708	706	656
ESTANCIAS	10.726	10.503	9.987
ESTANCIA MEDIA	15,15	14,88	15,22
PESO MEDIO	1,18	1,17	1,29
COSTE UCH (*) (*) UNIDAD DE COMPLEJIDAD HOSPITALARIA (ALTAS*PESO MEDIO)	1.743,61 €	-	-
COSTE PROMEDIO PROCESO	2.256,87 €	-	-
COSTE PROMEDIO ESTANCIA	148,24 €	-	-

Fuente: Servicio Cántabro de Salud (SCS). Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Como refleja la tabla, los datos que hemos conseguido son procedentes del SCS, y correspondientes al año 2012. Según éstos el coste de la estancia diaria de una persona con TMG en la Unidad de Agudos es de 148, 24 euros.

Teniendo en cuenta los datos de la estancia media de ingreso, se puede concluir que el coste medio del proceso en cada ingreso hospitalario es de 2.256,87 euros. Éste es el gasto sanitario y el coste que requiere de una atención de este tipo por una descompensación de su enfermedad.

TABLA 2: Datos de la unidad de hospitalización a tiempo completo (unidad de agudos) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de los años 2013 teniendo en cuenta los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD).

2.013

	Altas	Estancias	Estancia Media	Peso Medio	Total UCH	COSTE UCH	Coste Proceso	Coste Estancia
430 - PSICOSIS	373	6.056	16,24	1,39	517,69	1.743,61 €	2.419,95 €	149,05 €
428 - TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONTROL DE IMPULSOS	58	653	11,26	0,92	53,41	1.743,61 €	1.605,51 €	142,60 €
427 - NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	42	421	10,02	0,74	31,02	1.743,61 €	1.287,83 €	128,48 €
751 - ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	37	183	4,95	0,58	21,46	1.743,61 €	1.011,29 €	204,47 €
426 - NEUROSIS DEPRESIVAS	35	374	10,69	0,61	21,34	1.743,61 €	1.062,90 €	99,47 €
748 - ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS SIN	19	216	11,37	0,76	14,36	1.743,61 €	1.317,47 €	115,89 €
429 - ALTERACIONES ORGANICAS Y RETRASO MENTAL	17	273	16,06	1,40	23,85	1.743,61 €	2.445,75 €	152,30 €
750 - ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	15	129	8,60	0,88	13,16	1.743,61 €	1.529,84 €	177,89 €
425 - REACCION DE ADAPTACION AGUDA Y DISFUNCION PSICOSO	13	108	8,31	0,65	8,43	1.743,61 €	1.131,08 €	136,15 €
450 - ENVENENAMIENTO Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 S	13	117	9,00	0,60	7,78	1.743,61 €	1.043,55 €	115,95 €
753 - REHABILITACION PARA TRASTORNO COMPULSIVO NUTRICION	11	736	66,91	2,00	22,00	1.743,61 €	3.487,21 €	52,12 €
RESTO	75	1.237	16,49					

Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) año 2013. Fuente: Servicio Cántabro de Salud (SCS). Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Como refleja la tabla, los ingresos por psicosis tienen un coste por estancia diaria de 149,05 euros por persona. Teniendo en cuenta los datos de la estancia media de ingreso, se puede concluir que el coste medio del proceso en cada ingreso hospitalario es de 2.419,95 euros. Éste es el gasto sanitario y el coste que requiere una atención de este tipo por una descompensación de su enfermedad.

Los ingresos de una persona con trastorno de la personalidad y control de impulsos tienen un coste de estancia diaria de 142,60 euros. Por tanto, atendiendo a la media de ingreso, el coste promedio por proceso fue de 1.605,51 euros.

Y para las neurosis (excluidas las depresivas), cada ingreso tiene un coste por estancia diaria de 128,48 euros. Teniendo en cuenta los datos de la estancia media de ingreso, el coste medio por proceso alcanzó los 1.287,83 euros.

Tabla 3: Datos sobre el coste día unidad-producto de psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y de Parayas referentes al año 2014.

		Coste Unidad Producto 2014
E - Días de estancias	CCE - U.C. CORTA ESTANCIA PEDIATRICA	120,75 €
E - Días de estancias	CIC - UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS	1.153,19 €
E - Días de estancias	CIG - UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS GENERALES	1.563,87 €
E - Días de estancias	UAR - U.C. ALTA RESOLUCIÓN	378,29 €
E - Días de estancias	0002 - U.C. PSIQUIATRÍA	204,93 €
E - Días de estancias	0004 - U.C. DIGESTIVO - OTORRINO - C. MAXILOFACIAL	215,74 €
E - Días de estancias	0006 - U.C. MEDICINA INTERNA/REUMATOLOGIA	200,43 €
E - Días de estancias	0007 - U.C. MEDICINA INTERNA	237,70 €
E - Días de estancias	0008 - U.C. NEUMOLOGÍA	281,92 €
E - Días de estancias	0009 - U.C. HOSPITAL SEMANA/ONCOLOGIA	297,82 €
E - Días de estancias	0010 - U.C. CARDIOLOGÍA/C. CARDIACA	190,81 €
E - Días de estancias	0011 - U.C. NEFROLOGÍA	336,49 €
E - Días de estancias	0013 - U.C. PENITENCIARIA	556,74 €
E - Días de estancias	0019 - U.C. CIRUGIA VASCULAR/ENDOCRINO	195,88 €
E - Días de estancias	0021 - U.C. TRAUMATOLOGIA/C. TORACICA	196,90 €
E - Días de estancias	0023 - U.C. CIRUGIA GENERAL/C. PLASTICA	193,17 €
E - Días de estancias	0024 - U.C. UROLOGIA/NEUROCIRUGIA	195,61 €
E - Días de estancias	0027 - U.C. NEUROLOGIA	255,51 €
E - Días de estancias	0028 - U.C. HEMATOLOGIA/RADIOTERAPIA	345,17 €
E - Días de estancias	0029 - UCI GENERAL PEDIATRIA	1.552,44 €
E - Días de estancias	0032 - U.C. GINECOLOGIA	267,24 €
E - Días de estancias	0033 - U.C. OBSTRETICIA	259,41 €
E - Días de estancias	0034 - U.C. NEONATOLOGIA	508,41 €
E - Días de estancias	0036 - U.C. PEDIATRIA	396,72 €
E - Días de estancias	0039 - U.C. ORTOPEDIA/ARTROSCOPIA	214,77 €
E - Días de estancias	0043 - U.C. GERIATRIA	185,92 €
E - Días de estancias	0044 - U.C. MEDICINA INTERNA	205,29 €
E - Días de estancias	0045 - U.C. PSIQUIATRIA PARAYAS	260,25 €

Fuente: Servicio Cántabro de Salud (SCS). Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Si atendemos al coste general del servicio de psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en 2014, el coste unidad producto alcanzó los 204,93 euros diarios y el centro de rehabilitación psiquiátrica de Parayas los 260,25 euros.

Tabla 4: Datos sobre el coste día de las camas de las unidades de hospitalización a tiempo completo (psiquiatría, pediatría y penitenciaria) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en el año 2014.

	CONCEPTO	IMPORTE	
	COSTE DÍA CAMA UNIDAD DE AGUDOS	307,60 €	
	COSTE DÍA CAMA UNIDAD PENITENCIARIA	556,74 €	
	COSTE DÍA CAMA SERVICIO DE PEDIATRIA	508,41 €	396,72 €

Fuente: Servicio Cántabro de Salud (SCS). Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

El coste día de una cama en la unidad de agudos de psiquiatría ascendió a los 307,60 euros; en pediatría el coste día cama del servicio de pediatría tuvo un coste de 508,41 euros diarios; y el coste día de una cama en la unidad penitenciaria alcanzó los 556,74 euros.

Tabla 5: Datos sobre el promedio de costes de las consultas de psiquiatría atendiendo a si son consultas externas generales, de infanto-juvenil, de salud mental o trastornos de la alimentación en el año 2014.

	TOTAL			CONSULTAS			RATIOS			PROMEDIO COSTES	
	2012	2.013	2.014	2012	2.013	2.014	2012	2.013	2.014	PRIMERA	SUCESIVA
PSIQUIATRIA CONSULTAS EXTERNAS GENERALES	1.006	863	1.123	4.633	4.966	6.434	4,61	5,75	5,73	63,53 €	38,12 €
PSIQUIATRIA CONSULTAS INFANTO-JUVENIL	1.446	1.344	1.391	7.672	8.729	8.622	5,31	6,49	6,20	27,82 €	16,69 €
PSIQUIATRIA CONSULTAS SALUD MENTAL	6.901	6.939	6.665	28.324	28.819	27.705	4,10	4,15	4,16	25,84 €	15,51 €
PSIQUIATRIA CONSULTAS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION	290	293	238	5.360	4.956	4.436	18,48	16,91	18,64	15,74 €	9,44 €
TOTALES	9.643	9.439	9.417	45.989	47.470	47.197	4,77	5,03	5,01		

Fuente: Servicio Cántabro de Salud (SCS). Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Las consultas externas generales de psiquiatría tuvieron un promedio de costes de 63,53 euros la primera consulta y de 38,12 euros las sucesivas.

Las consultas de infanto-juvenil, tuvieron un promedio de costes de 27,82 euros la primera consulta y de 16,69 euros las sucesivas.

Las consultas de salud mental de adultos tuvieron un promedio de costes de 25,84 euros la primera consulta y de 15,51 euros las siguientes. Y las consultas de trastornos de la alimentación tuvieron un promedio de costes de 15,74 euros la primera consulta y de 9,44 euros las siguientes.

Las personas con TMG aunque sigan un tratamiento psicoterapéutico adecuado pueden experimentar recaídas y llegar a precisar del uso de dispositivos sanitarios. Debe existir una adecuada red de atención y régimen (completo y parcial), que garantice que la persona recibe los cuidados necesarios para su estabilidad clínica, reduciendo en lo posible los días de hospitalización, fármacos...

5.- DATOS ECONÓMICOS DE LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIAS A PERSONAS CON TMG EN CANTABRIA.

En Cantabria los dispositivos de atención socio sanitarios a personas con TMG son prestados por el sistema de atención para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD en adelante) y está constituido por centros y servicios de titularidad pública y privada concertada.

Las entidades del tercer sector surgieron para ser un complemento y soporte de la red asistencial, pues las personas con enfermedades mentales y sus familias tienen necesidades no satisfechas por el sistema público.

Entre las entidades dedicadas a la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental encontramos a ASCASAM, AMICA, ADANER, Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, entre otras, según el Plan de Salud Mental.

La ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, tiene por objeto la creación de un sistema para la autonomía personal y atención a la dependencia que garantice unas condiciones básicas para el acceso, en condiciones de igualdad, al derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.

Para esta finalidad establece un catálogo de servicios que serán prestados a través de la oferta pública de la red de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma mediante centros y servicios públicos o privados debidamente concertados.

Este texto legislativo recoge, por un lado, los preceptos constitucionales que se refieren a la atención a personas con discapacidad y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos.

Y por otro, desarrolla la competencia exclusiva del Estado para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales.

Orden SAN/26/2007, de 7 de mayo, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.

Es objeto de esta orden la regulación de los procedimientos para la valoración y el reconocimiento de la situación de dependencia y para hacer efectivo el derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en adelante SAAD, establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

El **Decreto 33/2012, de 26 de junio, por el que se regulan los precios públicos de las prestaciones y servicios del Instituto Cántabro de Servicios Sociales destinados a la atención a personas en situación de dependencia.** Constituye el marco regulador para fijar los precios públicos prestados en el sistema público de servicios sociales, constituido por centros y servicios de titularidad pública y privada concertada.

Y la Orden SAN/22/2013, de 23 de diciembre, por la que se fijan los precios públicos de las prestaciones y servicios del Instituto Cántabro de Servicios Sociales destinados a la atención a personas en situación de dependencia.

Esta orden en su anexo establece los precios públicos máximos que serán exigibles para todos los servicios por día, incluidos todos los conceptos, para cada uno de los servicios, con excepción del servicio de ayuda a domicilio y el servicio de comida a domicilio, son los que a continuación se relacionan, en función de su tipología. A continuación, solo reflejaremos los servicios de los que las personas con discapacidad por enfermedad mental pudieran beneficiarse.

• SERVICIOS PARA PERSONAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

SERVICIO	PRECIO
Prestación económica vinculada al transporte	9€
Ayuda a domicilio	17,9 €/hora
Comida a domicilio	6,50€/servicio
Teleasistencia sin unidad móvil	0,68 €/día con un máximo de 20,50 €/mes
Teleasistencia	1,05 €/día con un máximo de 31,50€/mes.

Las personas con discapacidad por enfermedad mental, al igual que las personas mayores de 65 años, pueden beneficiarse de varios servicios y en función de su capacidad económica contribuir al pago de los mismos.

En Cantabria, los precios estipulados son los siguientes:

- El servicio de ayuda a domicilio tiene un coste de 17,9€ la hora.
- El servicio de comida a domicilio tiene un coste de 6,50€ el servicio.
- La teleasistencia sin unidad móvil tiene un coste de 0,68€/día con un máximo de 20,50€/mes.
- La teleasistencia tiene un coste de 1,05€/día con un máximo de 31,50€/mes.

• **SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL**

SERVICIO	PRECIO DÍA	PRECIO CON TRANSPORTE GARANTIZADO PARA GRADO III
RESIDENCIA 24 HORAS		
Alteraciones de conducta en régimen cerrado	127€	
Alteraciones de conducta en régimen abierto	62,48€	
Altos cuidados, con supervisión psiquiátrica 24 horas	72,14€	
Bajos cuidados	53,85€	
RESIDENCIA DE ATENCION BÁSICA	49,28€	
CENTRO OCUPACIONAL	31,50€	40,50€
CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL	25,91€	
VIVIENDA TUTELADA	37,08€	
ALOJAMIENTO SUPERVISADO	35,56€	
CENTRO DE NOCHE	23,37€	32,37€

En Cantabria existen servicios específicos - dispositivos de atención para personas con discapacidad por enfermedad mental; en relación a estructuras residenciales hay de varios tipos:

- Las viviendas tuteladas tienen un precio/día de 37,08€ y las viviendas supervisadas un precio/día de 35,56€.
- Las residencias de atención básica tienen un precio/día de 49,28€.
- Las residencias 24 horas que prestan cuidados de alta intensidad o complejidad:
 - Bajos cuidados tienen un precio/día de 53,85€.
 - Altos cuidados y que incluyen servicios de supervisión psiquiátrica tienen un precio/día de 72,14€.
 - Alteraciones conductuales en régimen abierto tienen un precio/día de 62,48€.
 - Alteraciones conductuales en régimen cerrado tienen un precio/día de 127€.

Y en cuanto a dispositivos de atención diurna-nocturna, los dispositivos son:

- Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) tienen un precio/día fijado en 25,91€.
- Los Centros Ocupacionales (CO) tienen un precio/día de 31,50€ y en el caso, de que la persona tenga reconocida la situación de dependencia en grado III e incluido y garantizado el transporte, tienen un precio/día de 40,50€.
- Los centros de noche tienen un precio/noche de 23,37 € y en el caso, de que la persona tenga reconocida la situación de dependencia en grado III e incluido y garantizado el transporte, tienen un precio/noche de 32,37€.

6. EVIDENCIAS DOCUMENTALES DE LA EFICIENCIA DE LOS DISPOSITIVOS SOCIOSANITARIOS

Uno de los objetivos del presente estudio es revisar los diferentes estudios realizados en nuestro país que evidencien la eficiencia en términos económicos del tratamiento psicosocial frente al abordaje puramente clínico-hospitalario. Tal y como se planteaba en la justificación del estudio (punto 1) la hipótesis que mantenemos el equipo de trabajo de este estudio es que una adecuada red de dispositivos en el ámbito comunitario para personas con TMG, no sólo resulta eficaz desde el punto de vista clínico reduciendo el número de recaídas de estas personas y, por tanto, el número de ingresos hospitalarios, sino que, además, resulta eficiente desde el punto de vista económico ya que los costes generados en tales ingresos son clara y significativamente superiores a los derivados de los tratamientos psicosociales.

En nuestro país apenas se han realizado estudios de este tipo y los que hay no han tenido un significativo impacto científico. Son estudios procedentes de entidades que no han contado con una muestra de sujetos amplia y heterogénea y tampoco reúnen en su metodología los criterios que aseguren una adecuada validez del estudio.

Ante la ausencia de estudios de esta índole se ha considerado pertinente realizar una revisión bibliográfica de los documentos realizados y publicados por instituciones y entidades de reconocido prestigio a nivel internacional y también nacional.

La OMS en su informe publicado en el año 2001 recoge diez recomendaciones generales en lo que considera que debe ser la adecuada atención a las personas con enfermedad mental. Y, concretamente, en la tercera recomendación afirma que la atención comunitaria tiene mejores efectos que el tratamiento institucional en el pronóstico y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos. Considera, igualmente, que el traspaso de los pacientes de hospitales psiquiátricos a la asistencia comunitaria es económicamente eficiente y respeta los derechos humanos.

En el año 2004 también la OMS publica el informe “Invertir en Salud Mental” y en él hace un exhaustivo y minucioso análisis del coste-eficacia de las intervenciones en salud mental. En este informe se menciona de forma recurrente el concepto de

inversión en salud mental como vía para reducir la discapacidad y el número de muertes prematuras. De este modo afirma que la inversión de recursos en el desarrollo de servicios, no sólo es un aspecto requerido sino que también es una preocupación. Específicamente, no sólo se ha manifestado esencial recoger evidencias de intervenciones efectivas sino también de estrategias apropiadas de salud mental tanto coste-eficaces como sostenibles.

En este documento se muestran dos estudios en los que se trata de evidenciar la eficacia y efectividad de las estrategias farmacológicas y psicosociales para tratar los trastornos psiquiátricos. En uno de ellos se muestra como la mejoría de la discapacidad asociada a una determinada patología llega al 50% respecto a la opción de no seguir un tratamiento. Por consiguiente, se puede afirmar que si bien, las intervenciones actuales no eliminan completamente la discapacidad asociada con esas condiciones, ellas superan en mucho la opción de no proveer tratamiento, que, desafortunadamente, suele ser el caso.

Otro estudio que aparece en el documento publicado por la OMS muestra la efectividad del tratamiento, por medio del tratamiento comunitario que consiste en ofrecer medicamentos de bajo coste y apoyo psicosocial básico, disminuyendo la carga económica y la discapacidad por la esquizofrenia no tratada hasta ese momento en la India. Cabe notar que no sólo la discapacidad disminuyó grandemente sino que los costes totales asociados con esa condición (que incluyó el tiempo destinado al cuidado por parte de los familiares) también disminuyó. Estos efectos fueron sostenidos durante los 18 meses del seguimiento.

Si bien el volumen de estos estudios es aún modesto, especialmente en países de bajo o medianos ingresos, existen evidencias económicas de volumen creciente que demuestra que intervenciones para tratar la esquizofrenia, depresión y otros trastornos mentales no sólo están disponibles y son efectivas, sino que son también accesibles económicamente y coste-eficaces.

En el año 2008 la OMS publica su informe llamado “Programa de acción para superar las brechas en Salud Mental”. En este documento analiza las diferentes modalidades de intervención para la prevención y el tratamiento de la enfermedad mental. De este modo el documento determina cuáles son las intervenciones, denominadas paquetes de intervención, que son coste-efectivas basándose en

datos científicos. Así, para la atención de las personas con TMG considera que el paquete de intervenciones que son necesarias atendiendo a criterios de eficacia, factibilidad, coste e idoneidad son los tratamientos farmacológicos y las intervenciones psicosociales en el ámbito comunitario.

Ya en nuestro país, un documento referente en el ámbito de la salud mental es la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) publicada en el año 2006 y que sería revisada posteriormente en el año 2009. En su primera edición enumera cuales son los principios básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental afirmando que numerosos estudios muestran que, a igualdad de gasto, el modelo comunitario es más eficaz, mejora más la calidad de vida y produce una mayor satisfacción en pacientes y familiares que la asistencia en el hospital psiquiátrico monográfico. También recoge este documento que los resultados realizados en otros países sugieren que, con una organización y coordinación adecuadas, los tratamientos en la comunidad no sólo son socialmente mucho más adecuados y accesibles, sino que, además, pueden ser eficientes.

Además, podemos afirmar que los avances experimentados en los últimos años en la intervención con personas con TMG han sido dirigidos hacia un modelo comunitario basado en la rehabilitación psicosocial, la cual cada vez ha adquirido una metodología con mayor rigor y estructura, siendo sus principales componentes los siguientes (Anthony, Cohen y Farkas, 1982; Farkas y Anthony, 1989):

- Evaluación funcional de las discapacidades y habilidades del usuario en relación a las demandas ambientales de su entorno concreto.
- Planificación sistemática, estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación con cada usuario.
- Implicación y participación activa del sujeto y de su grupo de apoyo, especialmente la familia, en todas las fases del proceso de rehabilitación (evaluación, planificación e intervención).
- Entrenamiento específico, flexible y contextualizado de las habilidades que el sujeto necesita para manejarse en los diferentes ambientes concretos que configuran su entorno comunitario.

- Evaluación e intervención sobre el ambiente específico (físico y social) del sujeto para compensar las discapacidades existentes, promover su rehabilitación y ofrecer oportunidades de mejora de su integración social.
- Seguimiento, monitorización y apoyo del usuario en los diferentes contextos de su vida real.
- Intervención enfocada desde una perspectiva multidisciplinar y realizada en equipo.
- Coordinación y colaboración coherente entre los diferentes equipos y servicios que atienden al usuario.
- Evaluación planificada y sistemática de los resultados alcanzados y utilización de la misma para el ajuste de objetivos e intervenciones.

Este tipo de intervenciones no solo son recomendables por su efectividad, como más arriba ya hemos mencionado, sino por su contribución a:

- Fomentar la autonomía de las personas
- Favorecer una vida y trato dignos
- Mejorar sus capacidades
- Trabajar en el empoderamiento
- Potenciar su calidad de vida.

7.- RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA.

En Cantabria, como en casi todas las comunidades autónomas, los Servicios Sociales se han desarrollado a espaldas, o al menos, al margen del proceso de desinstitucionalización psiquiátrica, dejando por mucho tiempo en manos de la administración sanitaria la atención a las personas con trastornos mentales graves y crónicos.

Para proceder al análisis y ver en las diferentes comunidades autónomas que dispositivos de atención a la salud mental existen, ante la ausencia de registros oficiales, vamos a utilizar como fuentes principales el Cuaderno Técnico nº 15 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), titulado “Observatorio de Salud Mental 2010, Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas” y los Planes de Salud Mental actuales.

DISPOSITIVOS DE ATENCION EN SALUD MENTAL EN ESPAÑA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

		ANDA.	ARAG.	ASTUR.	I.BALEAR.	I.CANAR.	CANTABRI A	CLM	CYL	CATALUÑA	EXTREMADUR A	GALICI A	LA RIOJA	MADRID	MURCIA	NAVARR A	PV	VALENCI A	TOTAL		
SANTARIOS	DISPOSITIVOS HOSPITALARIOS	1.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	17	
		2.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	17
		3.		X	X	X	X	X	X		X	X		X	X			X	X		12
		4.	X	X	X	X	X	X			X	X			X	X	X		X		12
		5.	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	15
		6.			X											X					2
		7.				X		X			X		X					X	X		6
	ATENCIÓN AMBULATORIA	8.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	17
		9.	X	X	X		X	X	X		X	X			X	X	X	X	X		12
		10.		X	X			X			X					X		X			6
		11.	X		X	X	X				X	X				X		X			10
		12.	X		X	X															3
RED SOCIOSANITARIAS (PÚBLICA Y CONCERTADA)	1.		X			X			X	X		X		X						6	
	2.		X		X	X	X		X		X		X	X		X	X	X	X	11	
	3.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	16	
	4.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	16	
	5.	X	X						X	X	X		X		X				X	9	
	6.	X		X			X	X		X	X			X	X		X			9	
	7.	X							X											2	
PRIVADA	1.		X																	1	
	2.		X		X															2	
	3.				X					X										2	
	4.				X															1	

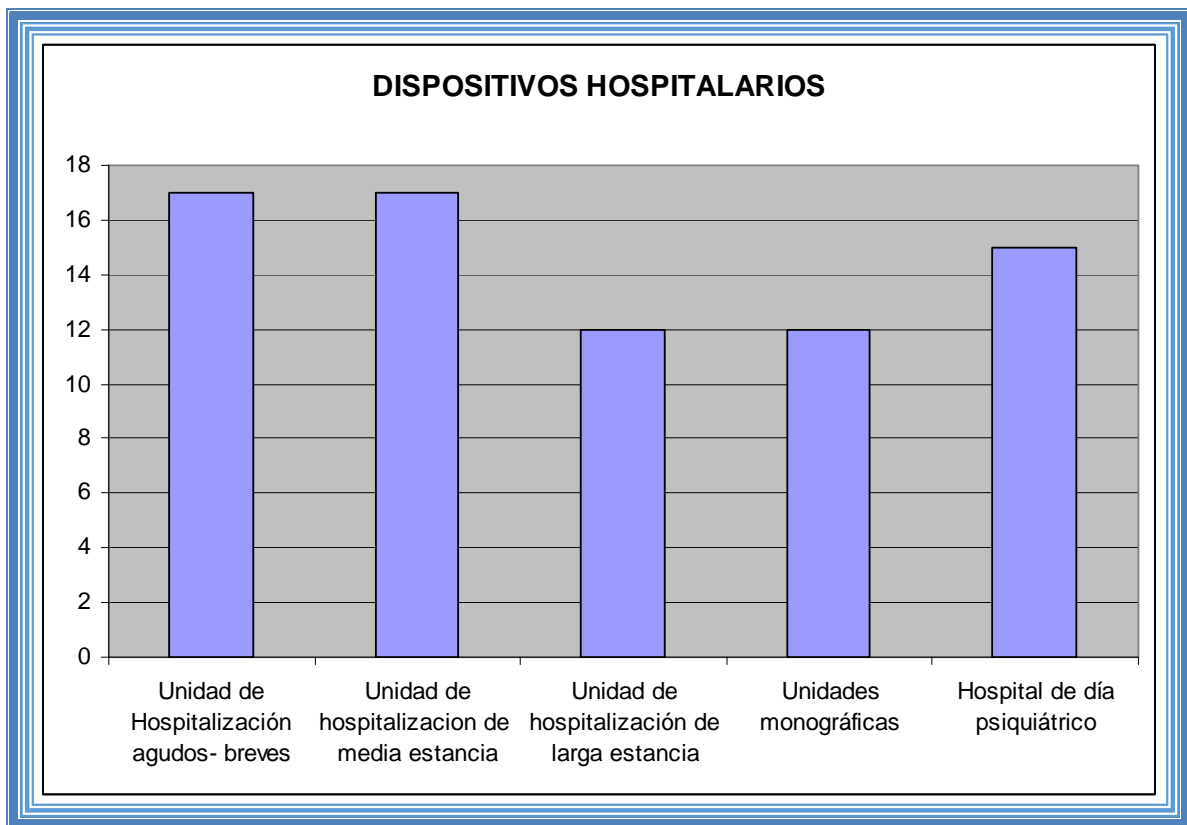
SANITARIOS. UNIDADES HOSPITALARIAS	
1	UNIDAD DE AGUDOS- BREVE-CORTA ESTANCIA
2	UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA- REHABILITACIÓN-COMUNIDADES TERAPEÚTICAS
3	UNIDAD DE LARGA ESTANCIA-HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS- UNIDADES RESIDENCIALES
4	UNIDADES MONOGRÁFICAS TIPO UTCA, DUAL, TP,ETC
5	HOSIPTAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO
6	UNIDADES RESIDENCIALES-ALOJAMIENTOS
7	PSICOGERIATRÍA
SANITARIOS. ATENCION AMBULATORIA	
8	UNIDAD DE SALUD MENTAL-CENTRO DE SALUD MENTAL (INFANTO-JUVENIL/ADULTOS)
9	CENTROS DE DÍA-REHABILITACIÓN AMBULATORIA-REHABILITACIÓN COMUNITARIA
10	UNIDAD DE ATENCION A DROGODEPENDENCIAS
11	EQUIPOS MÓVILES-SOPORTE ESPECIALIZADO-VISITAS DOMICILIARIAS-EASC-TRATAMIENTO ASERTVIO COMUNITARIO
12	TÉCNICO DE INSERCIÓN LABORAL-PROGRAMAS DE INSERCIÓN LABORAL
RED SOCIOSANITARIAS (PÚBLICA Y CONCERTADA)	
1	PROGRAMAS DE EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO- SERVICIO DE SOPORTE A LA AUTONOMIA EN EL HOGAR
2	CENTROS DE DÍA- CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL-DE SOPORTE SOCIAL-CENTROS DEREHABILITACIÓN
3	CENTROS OCUPACIONALES-PRELABORAL-CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO
4	RESIDENCIAL(INIRESIDENCIAS-PISOS SUPERVISADOS Y TUTELADOS- PENSIONES CONCERTADAS,ETC)
5	OCIO Y TIEMPO LIBRE- CLUBS SOCIALES
6	AGENCIAS Y ENTIDADES TUTELARES
7	DROGODEPENDENCIAS
PRIVADA	
1	PROGRAMAS DE EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO- SERVICIO DE SOPORTE A LA AUTONOMIA EN EL HOGAR
2	CENTROS DE DÍA- CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL-DE SOPORTE SOCIAL-CENTROS DEREHABILITACIÓN
3	CENTROS OCUPACIONALES-PRELABORAL-CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO
4	OCIO Y TIEMPO LIBRE- CLUBS SOCIALES

RED SANITARIA DE DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

A día de hoy, aún no existe un acuerdo en cuanto a las nomenclaturas o denominaciones que se dan a los dispositivos de atención a la salud mental, y tampoco hay un sistema de información público adecuado.

Atendiendo a la tabla anterior, en España, podemos hablar de que existe una red de dispositivos sanitarios de atención a la salud mental adecuada.

En todas las comunidades autónomas existen unidades de **hospitalización a tiempo completo**, prestando una atención especializada en distintos regímenes.



Unidad de Hospitalización de Agudos- Breve - Corta Estancia.

- Atiende aquellos casos que, por la gravedad de su sintomatología aguda, no pueden permanecer en su medio habitual hasta la remisión del episodio.
- Presta atención continuada durante periodos de tiempo cortos, en régimen cerrado y presenta, como característica fundamental los cuidados de carácter continuado.
- Tratamiento de los pacientes ingresados, de tipo biológico y psicoterapéutico.
- Psiquiatría de enlace en el hospital y con los equipos de Atención Primaria y de Salud Mental.
- Atención a las urgencias psiquiátricas hospitalarias.
- Docencia e investigación.

Unidad de Media Estancia – Rehabilitación- Comunidades terapéuticas.

- Pacientes de larga evolución, con enfermedad grave.
- Asistencia médica integral
- Tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos.
- Terapia ocupacional, actividades de ocio y tiempo libre, alta y reinserción
- Programas individualizados de rehabilitación.
- Apoyo a las familias.
- Docencia e investigación.

Unidad de larga estancia-hospital psiquiátrico- unidades rehabilitadoras

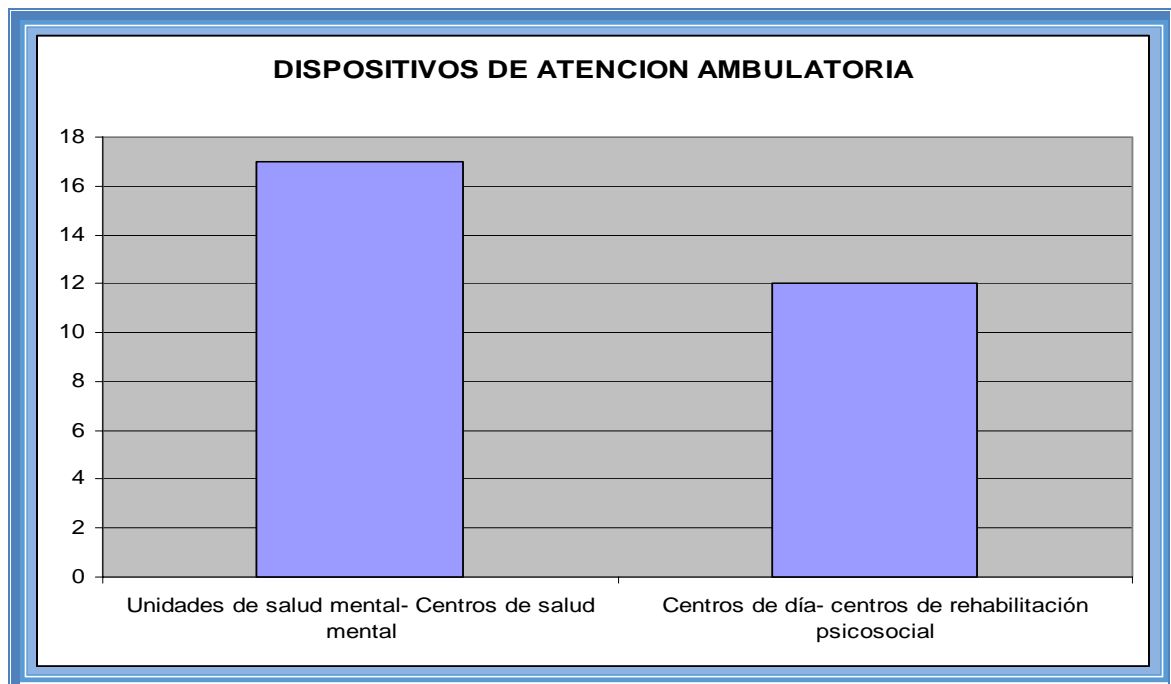
- Atención de enfermos mentales graves en régimen de larga estancia y que presentan grandes dificultades de adaptación a su entorno.
- La derivación a esta unidad responderá a un criterio clínico apoyado en un adecuado informe psicosocial.
- Actividades médicas y psiquiátricas de apoyo.
- Terapia ocupacional.
- Actividades básicas de rehabilitación.
- Actividades de tiempo libre, ocio y convivencia.

15 comunidades autónomas cuentan con **unidades de hospitalización psiquiátrica parcial**.

Hospital de Día Psiquiátrico

- Hospitalización parcial para pacientes graves que, aunque han perdido temporalmente la capacidad de autocuidados, no precisan de un medio totalmente cerrado para la contención de su sintomatología.
- Las estancias en estos dispositivos, que suelen estar ubicados en los hospitales generales de referencia, pueden alcanzar 60 días.
- Tratamientos intensivos psicofarmacológicos, psicoterápicos individuales o grupales.
- Elaboración de informes al alta y derivación.
- Formación e investigación.
- Interconsultas con otras especialidades médicas.

A nivel ambulatorio, también existe una adecuada red en todas las comunidades autónomas.



Unidades de Salud Mental (USM) – Centros de Salud Mental (CSM) de Adultos.

- Atención integral a los pacientes: psicofarmacológica, psicoterapéutica individual, de grupo o familiar, y actividades encaminadas al desarrollo de habilidades sociales.
- Seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización breve.
- Desarrollo de programas individualizados de rehabilitación en colaboración, cuando sea preciso, con los dispositivos específicos de rehabilitación.
- Detección de necesidades sociales de los pacientes y sus familias en colaboración con los servicios sociales de base.
- Apoyo y asesoramiento al equipo de Atención Primaria y a otros profesionales sanitarios de su ámbito geográfico de actuación y participación en los programas "de enlace".
- Atención a las urgencias en el horario de funcionamiento del centro de SM.
- Derivación de los pacientes que necesiten ingreso a las unidades de hospitalización breve o al resto de los dispositivos de la red de salud mental.
- Interconsulta psiquiátrica en los hospitales que carezcan de unidad de hospitalización breve.
- Docencia e investigación.

Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. (USMIJ)

- Se trata de un servicio diferenciado para la atención a la salud mental y a la asistencia psicológica de la población menor de 18 años de edad.
- Acogida, evaluación, diagnóstico y tratamiento.
- Seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las unidades de Hospitalización breve infanto-juvenil.
- Prestación de asistencia domiciliaria cuando las circunstancias terapéuticas lo requieran.
- Apoyo y asesoramiento al equipo de Atención Primaria, al equipo de salud mental y a otros profesionales sanitarios de su ámbito geográfico de actuación.

- Atención a las consultas urgentes en el horario de funcionamiento de la unidad de salud mental.
- Derivación de los pacientes que necesiten ingreso a la unidad de hospitalización breve infanto-juvenil.
- Interconsulta psiquiátrica en los servicios de pediatría de los hospitales que carezcan de unidad de hospitalización breve.
- Apoyo a los centros educativos y de servicios sociales.
- Docencia e investigación.

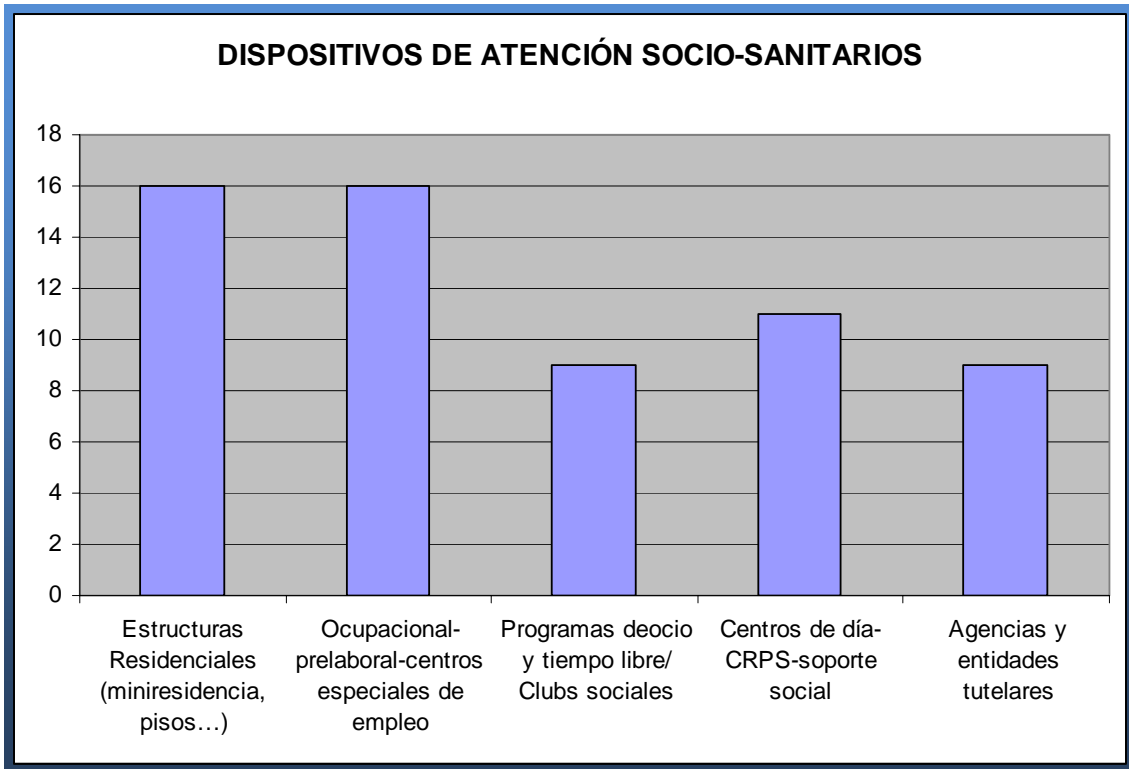
Sin embargo, no hay centros de día - centros de rehabilitación psicosocial o de rehabilitación ambulatoria en todas las comunidades, están en 12 de las 17.

Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) o Centros de Día (CD).

- Permiten la permanencia en su medio social y familiar de enfermos graves con importante deterioro pero que están estabilizados sintomáticamente y gozan de alguna autonomía o tienen algún apoyo familiar.
- Rehabilitación y reinserción con unos tiempos de permanencia amplios.
- Tratamiento psicoterápico.
- Programas individualizados de rehabilitación.
- Terapia ocupacional.
- Psicoeducación.
- Actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre.
- Apoyo a las familias.
- Docencia e investigación.

RED SOCIOSANITARIAS DE DISPOSITIVOS DE ATENCION A LA SALUD MENTAL.

En España en la actualidad hay desarrollada una red de dispositivos de atención sociosanitarios insuficiente, atendiendo a las recomendaciones formuladas por la Asociación Española de Neuropsiquiatría que más adelante exponemos con mayor detenimiento.



Si nos centramos en los dispositivos de atención residencial, podemos decir, que en 16 comunidades autónomas existen: miniresidencias, pisos tutelados/ supervisados, concierto con pensiones.

Y también en 16 comunidades autónomas hay dispositivos prelaborales o laborales como: centros ocupacionales, programas de formación, centros especiales de empleo...

Si hablamos de otro tipo de dispositivos como son los centros de día o de soporte social, éstos solo están implantados en 11 comunidades autónomas.

En el caso de programas de ocio y club sociales, éstos tan sólo, se han desarrollado en la mitad de las comunidades autónomas, y lo mismo ocurre con las agencias o entidades tutelares.

8.- PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIAS PARA PERSONAS CON TMG

8.1 Cartera de dispositivos de atención sociosanitarios para el tratamiento de TMG.

En el apartado que presentamos a continuación se desgrana la estructura de la red de dispositivos que entendemos deben ser considerados como adecuados para la atención a cualquier persona que tenga un diagnóstico de TMG, refiriéndonos siempre a criterios de continuidad, integralidad y calidad en la atención.

En todo momento, en este punto, nos vamos a referir como dispositivos sociosanitarios a aquellos que no sean exclusivamente hospitalarios o sanitarios como las unidades de salud mental, las unidades de hospitalización breve, de media estancia, de larga estancia...

El modelo que proponemos y que en este apartado vamos a defender, surge como conclusión de un análisis exhaustivo de la red de dispositivos asistenciales que existe en todo el territorio español a partir de los siguientes documentos de referencia en la materia:

- Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006 y posteriores)
- Estrategias de las comunidades autónomas de España a partir de Planes de Salud, Planes de Salud Mental y distintos tipos de normativa que regulan la materia dependiendo de la comunidad.
- Cuaderno Técnico 6 de la AEN: "Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones". C. Gisbert (Ed.). 2002.
- Cuaderno Técnico 15 de la AEN: "Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas". J.F. Jiménez Estévez (Ed.). 2011.

Esta red debería estar compuesta por dispositivos de diversa índole que cubran las distintas necesidades de la persona con TMG, y que básicamente recogemos en el siguiente esquema:

1. Necesidades terapéuticas / dispositivos terapéuticos
2. Necesidades laborales / dispositivos laborales
3. Necesidades residenciales / dispositivos residenciales
4. Necesidades de ocio y tiempo libre / dispositivos de ocio y tiempo libre
5. Necesidades tutelares / dispositivos tutelares

1.- *DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA*: incluyen servicios que en las distintas comunidades reciben distintos nombres como centro de rehabilitación psicosocial, centro de día, centro de soporte social, centro de soporte diurno, unidad de psicogeriatría... Estudiando las peculiaridades de cada uno se podrían englobar todos dentro de las siguientes categorías:

✓ Centro de rehabilitación psicosocial (CRPS)

Son centros que ofrecen programas individualizados de rehabilitación psicosocial para ayudar a las personas con TMG a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, mejorar su funcionamiento psicosocial y promover su mantenimiento e integración en la comunidad. Además ofrecen intervenciones a nivel familiar. Todo ello se lleva a cabo desarrollando intervenciones individuales y grupales en áreas como autocuidado y actividades de la vida diaria, psicomotricidad, habilidades sociales, autocontrol, psicoeducación y manejo de la enfermedad, integración comunitaria y apoyo a la integración social. Así mismo ofrecen psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias.

✓ Centro de día (CD)

Son centros que ofrecen programas y actividades de apoyo y soporte social, para ayudar a las personas con TMG con mayores niveles de dificultades de funcionamiento, aislamiento y dependencia, a alcanzar un mínimo de autonomía y apoyar su mantenimiento en la comunidad en las mejores

condiciones posibles. Su función es además evitar el riesgo de deterioro, aislamiento o dependencia. Todo ello se lleva a cabo a partir de actividades de mantenimiento de la autonomía personal, actividades de socialización, actividades de ocio y actividades socioculturales de soporte social (manualidades, pintura, juegos de mesa, tertulias, elaboración de periódicos, taller de lectura y escritura, taller de creatividad, expresión corporal, gimnasia...) y cuantas otras actividades sociales, ocupacionales o culturales puedan resultar de interés.

2.- **DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN LABORAL:** se incluyen servicios que en las diversas comunidades reciben distintos nombres como centro ocupacional, taller ocupacional, centro de rehabilitación laboral, servicio de orientación y apoyo al empleo, proyecto de integración sociolaboral, centro especial de empleo, empresa social, taller prelaboral, empleo con apoyo, servicio de formación... Analizando las características de cada uno se podrían englobar todos dentro de las siguientes categorías:

✓ Centro de rehabilitación laboral (CRL):

Son centro que ofrecen programas de rehabilitación laboral para ayudar a aquellas personas con TMG que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo. Ofrecen un abanico variado de actividades y programas tanto individuales como grupales que trabajan la orientación vocacional, el entrenamiento en hábitos básicos de trabajo, el ajuste socio-laboral, talleres pre-laborales, el apoyo a la formación laboral, la búsqueda activa de empleo, el apoyo y seguimiento de la inserción laboral y el mantenimiento en el mismo.

✓ Programas de formación y empleo: son programas que surgen de la necesidad fundamental de articular medidas de promoción y fomento del empleo que permitan aminorar las barreras que el mercado laboral impone a la contratación de personas con TMG, y potenciar un abanico de alternativas

laborales que permitan su efectiva integración en el mundo laboral. Algunas de las principales alternativas para su inserción laboral son las siguientes:

- Centro especial de empleo (CEE): fórmula empresarial de empleo protegido, que facilite la contratación laboral de personas con TMG. Son empresas cuyo objetivo principal es proporcionar a los trabajadores con TMG la oportunidad de realización de un trabajo remunerado, adecuado a sus características y que facilite la integración laboral en el mercado ordinario.
- Empresa social: Iniciativas empresariales comprometidas con la inserción laboral de personas con TMG y en las que se combina y complementan la dimensión empresarial y mercantil con la dimensión social. Son empresas con forma jurídica de Sociedad Limitada cuyo objetivo es incorporar en sus plantillas a personas que padecen TMG. Se opta por una Sociedad Limitada en vez de Sociedad Anónima y facilita oportunidades para obtener un empleo permanente, a la vez que se incrementa, en algunos casos con carácter exploratorio, su utilización complementaria como lugar de prácticas formativas, empleo de transición, o apoyo a CRL.
- Programas de empleo con apoyo: programas que facilitan la incorporación y mantenimiento en empleos del mercado laboral normalizado. Son empleos integrados en la comunidad dentro de empresas normalizadas, para personas con TMG, mediante la provisión de los apoyos necesarios dentro y fuera del lugar de trabajo, a lo largo de su vida laboral, y en condiciones de empleo lo más similares posibles en funciones y retribuciones a las de otro trabajador sin TMG en un puesto equiparable dentro de la misma empresa.

3.- **DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL**: podemos comprobar que incluyen servicios que en las distintas comunidades reciben distintos nombres como residencia, minirresidencia, piso tutelado, vivienda supervisada, piso transición, piso

escuela, piso terapéutico, pensión concertada, casa hogar, servicio de soporte de autonomía en el propio hogar, equipo de tratamiento asertivo comunitario, servicio de atención a domicilio especializado, equipo de atención social comunitaria ... Estudiando las peculiaridades de cada uno se podrían encuadrar todos dentro de las siguientes categorías:

✓ Minirresidencia (MR)

Son un recurso residencial comunitario dirigido a personas con TMG con necesidades de apoyo residencial. Su capacidad de atención se sitúa entre 20/30 usuarios. Proporcionan con carácter temporal (estancia corta o transitoria) o indefinido: alojamiento, manutención, cuidado y soporte así como apoyo a la mejora de la autonomía personal y social. Ofrecen supervisión y apoyo durante las 24h del día, en un ambiente de convivencia lo más familiar y normalizado posible.

✓ Piso supervisado (PS)

Alternativa de alojamiento estable y normalizada organizada en pisos normales en los que residen 3 ó 4 personas con TMG recibiendo el apoyo y supervisión que en cada momento necesiten. La persona ha de pasar un tiempo en una residencia antes de incorporarse a este recurso como proceso de adaptación previo.

✓ Pensión concertada (PC)

A través del pago de plazas en pensiones se pretende ofrecer un alojamiento digno y cobertura de necesidades básicas a personas con TMG con un buen nivel de autonomía pero sin apoyo familiar ni recursos económicos, intentado evitar procesos de exclusión.

✓ Servicio de soporte de autonomía en el propio hogar (SSAPH)

Servicio que viene a completar la red de centros. Funcionan de un modo integrado y coordinado con el resto de recursos y facilita la continuidad de cuidados. Permite ofrecer atención social domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con TMG con dificultades y necesidad de apoyo social para

poder mantenerse en su entorno familiar y comunitario. Se configuran como un equipo social interdisciplinar, compuesto por diversos perfiles profesionales como enfermería, psicología, trabajo social, psiquiatría...

Además realizan labores de acompañamiento y vinculación con la red de recursos de salud mental y de servicios sociales a fin de mejorar su situación, su adherencia al tratamiento, su calidad de vida y ofrecer apoyo a sus familias y cuidadores.

4.- **DISPOSITIVOS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE:** se incluyen servicios que en las distintas comunidades reciben distintos nombres como club social, club de ocio, escuela de ocio y tiempo libre, programa de ocio, servicio de tiempo libre... Estudiando las peculiaridades de cada uno se podrían englobar todos dentro de la siguiente categoría:

✓ Club social (CS)

Es un espacio de encuentro polivalente y de apoyo a la integración e inserción comunitaria de las personas con TMG. Ofrece un conjunto de actividades sociales con la finalidad de estimular a las personas, favoreciendo iniciativas, desarrollando diferentes actividades y talleres dentro de un marco relacional que permita recuperar el intercambio social y las relaciones de amistad, y siendo el punto de partida para la participación en espacios y ámbitos normalizados que potenciarán la autonomía de la persona con TMG. El club pretende proporcionar una estructura, facilitar apoyo logístico y motivación, para la realización y organización de actividades de ocio que respondan a los intereses de los participantes y que los pongan en relación con el entorno y la comunidad. Son actividades asociadas al bienestar y satisfacción personal, con el objetivo de estimular a los miembros del club para que ellos mismos sean los propios gestores del tiempo libre.

5.- **DISPOSITIVOS TUTELARES:** se incluyen servicios que en las distintas comunidades reciben distintos nombres como entidad tutelar, agencia tutelar, fundación tutelar... Teniendo en cuenta las características de cada uno se podrían englobar todos dentro de la siguiente categoría:

✓ Agencia tutelar (AT)

Asume el apoyo de aquellas personas con TMG, cuya capacidad de obrar ha sido modificada judicialmente con el objetivo de garantizarles la seguridad jurídica, patrimonial y personal que necesitan, asegurando que sus derechos como ciudadanos no sean vulnerados por ninguna Administración, ni por ninguna persona física o jurídica.

PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA PARA PERSONAS CON TMG

1.- Dispositivos de atención terapéutica

Centro de rehabilitación psicosocial

Centro de día

2.- Dispositivos de atención laboral

Centro de rehabilitación laboral

Programa de formación y empleo

Centro especial de
empleo

Empresas sociales

Programas de
empleo con apoyo

3.- Dispositivos de atención residencial

Minirresidencia

Piso supervisado

Pensión
concertada

Servicio de soporte de autonomía en el propio hogar

4.- Dispositivos de ocio y tiempo libre

Club de ocio

5.- Dispositivos tutelares

Agencia tutelar

➤ RECOMENDACIONES SOBRE RATIOS EN LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE TMG.

Revisando en profundidad la bibliografía sobre el tema, hemos encontrado un documento que habla sobre recomendaciones en relación a la cantidad de dispositivos que debe existir para atender a las personas con TMG. Este documento es el Cuaderno Técnico 6 de la AEN: *“Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones”*. C. Gisbert (Ed.). 2002.

En el mismo hace las siguientes recomendaciones respecto a centros de rehabilitación psicosocial, a centros de rehabilitación laboral, a mini-residencias, a pisos supervisados y a pensiones concertadas en los siguientes términos:

- CRPS: deberían existir entre 20 y 50 plazas por cada 100.00 habitantes, siendo 20 lo mínimo y 50 lo óptimo.
- CRL: deberían existir entre 15 y 30 plazas por cada 100.00 habitantes, siendo 15 lo mínimo y 30 lo óptimo.
- MR: deberían existir entre 10 y 25 plazas por cada 100.00 habitantes, siendo 10 lo mínimo y 25 lo óptimo.
- PS: deberían existir entre 10 y 25 plazas por cada 100.00 habitantes, siendo 10 lo mínimo y 25 lo óptimo.
- PC: deberían existir entre 5 y 10 plazas por cada 100.00 habitantes, siendo 5 lo mínimo y 10 lo óptimo.

Este documento respecto a centros de día y a clubes sociales no especifica de manera tan precisa el número de plazas por habitantes pero sí hace la recomendación de que debería haber uno por área de salud.

Respecto a los programas de formación para el empleo y las agencias tutelares, no especifica ratios.

Por último, en relación al servicio de soporte de autonomía en el propio hogar, no lo contempla como tal.

TIPO DE DISPOSITIVO	RECOMENDACIONES	
CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	20 ^(*1)	50 ^(*2)
CENTRO DE DÍA	1 / área de salud	
CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL	15 ^(*1)	30 ^(*2)
PROGRAMAS DE FORMACIÓN PARA EL EMPLEO	Sin especificar ratios	
MINIRRESIDENCIA	10 ^(*1)	25 ^(*2)
PISO SUPERVISADO	10 ^(*1)	25 ^(*2)
PENSIÓN CONCERTADA	5 ^(*1)	10 ^(*2)
SERVICIO DE SOPORTE DE AUTONOMÍA EN EL PROPIO HOGAR	No contempla este recurso	
CLUB SOCIAL	1 / área de salud	
AGENCIA TUTELAR	Sin especificar ratios	

(*) Ratio plazas x 100.000 habitantes ⁽¹⁾ Mínimo ⁽²⁾ Óptimo

9.- MODELO ACTUAL DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIAS PARA PERSONAS CON TMG LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

Con la entrada en vigor del actual Plan de Salud de Cantabria, y la posterior elaboración de un plan específico de salud mental.

Tomando como referencia, la información y los datos que aparecen en el Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 promovido por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, podemos describir el panorama de atención sociosanitaria para personas con TMG.

Los recursos actuales de atención que dibujan el modelo sociosanitario en salud mental en Cantabria, vienen especificados en el capítulo 11 de dicho documento.

De este modo los dispositivos sociosanitarios con que cuenta la red de salud mental de Cantabria son:

- Centros de rehabilitación psicosocial: la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, mediante acuerdos del Instituto Cántabro de Servicios Sociales con distintas entidades, ofrece programas de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental. Existen actualmente 7 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) ubicados en Santander, Torrelavega, Reinosa y Colindres, con un total de 319 plazas.
- Centro ocupacional: ASCASAM gestiona un centro ocupacional, con 22 plazas.
- Programa de formación y empleo: el Proyecto INICIA desarrollado por Padre Menni, ASCASAM y AMICA, con el apoyo de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Este proyecto tiene como objetivo la orientación y el apoyo a la integración sociolaboral de personas con enfermedad mental crónica, y la sensibilización del medio social y laboral.
- Dispositivos residenciales: estos recursos, apoyados desde los servicios sociales a través de convenios y subvenciones, están gestionados por varias entidades, con un total de 37 plazas distribuidas entre una minirresidencia y varios pisos.

Por otra parte, y aunque el plan no lo recoge, existe respecto a los dispositivos tutelares una entidad pública (Fundación Tutelar Marqués de Valdecilla) que desempeña las funciones correspondientes para población en general que lo requiere, sin ser un recurso específico para personas con enfermedad mental. La Fundación Marqués de Valdecilla es en este momento la entidad de titularidad pública encargada del ejercicio directo de las tutelas y otras figuras de guarda de personas, residentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria, con discapacidades psíquicas o físicas, demencias degenerativas u otras enfermedades mentales, cuya capacidad haya sido modificada por la autoridad judicial, cuando no puedan encomendarse tales cometidos a familiares u otras personas físicas o jurídicas.

DISPOSITIVOS	CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	MINI-RESIDENCIA	PISO SUPERVISADO	PENSIÓN CONCERTADA	CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL	CENTRO DE DÍA	SERVICIO DE SOPORTE DE AUTONOMÍA EN EL PROPIO HOGAR	PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EMPLEO	CLUB SOCIAL	AGENCIA TUTELAR
ÁREA I SANTANDER	184	20	17	0	22	0	0	PROYECTO INICIA	0	FTMV
ÁREA II LAREDO	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ÁREA III REINOSA	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ÁREA IV TORRELAVEGA	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANTABRIA	319	20	17	0	22	0	0	PROYECTO INICIA	0	FTMV

10.- PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIAS PARA PERSONAS CON TMG EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

Según la Memoria del año 2013 del Servicio Cántabro de Salud la población total de Cantabria ascendía a 591888 habitantes. Teniendo en cuenta la distribución de esta población total dividida en las cuatro áreas de salud en las que se organiza la comunidad podemos decir que 322.580 pertenecen al Área I – Santander, 100.183 pertenecen al Área II - Laredo, 15.533 pertenecen al Área III – Reinosa y 153.592 pertenecen al Área IV – Torrelavega.

DATOS DE POBLACION EN CANTABRIA (2013)

ÁREA DE SALUD	POBLACIÓN
ÁREA I SANTANDER	322.580
ÁREA II LAREDO	100.183
ÁREA III REINOSA	15.533
ÁREA IV TORRELAVEGA	153.592
CANTABRIA	591.888

Fuente: Memoria del año 2013 del Servicio Cántabro de Salud

Teniendo en cuenta el modelo de dispositivos de atención que hemos propuesto en el punto 8, las recomendaciones de la AEN respecto a la cantidad de los mismos y los datos de población de Cantabria, podemos describir nuestra propuesta de modelo de atención sociosanitario para personas con TMG en Cantabria y que sería la siguiente:

- CRPS: deberían existir entre 118 y 296 plazas en todo Cantabria, distribuidas de la siguiente manera en función de las áreas de salud:
 - ✓ entre 65 y 161 en la zona de Santander
 - ✓ entre 20 y 50 en la zona de Laredo.
 - ✓ entre 3 y 8 en la zona de Reinosa
 - ✓ entre 31 y 77 en la zona de Torrelavega.

- MR: deberían existir entre 59 y 148 plazas en todo Cantabria, distribuidas de la siguiente manera en función de las áreas de salud:
 - ✓ entre 32 y 81 en la zona de Santander.
 - ✓ entre 10 y 25 en la zona de Laredo
 - ✓ entre 2 y 4 en la zona de Reinosa
 - ✓ entre 15 y 38 en la zona de Torrelavega.

- PS: deberían existir entre 59 y 148 plazas en todo Cantabria, distribuidas de la siguiente manera en función de las áreas de salud
 - ✓ entre 32 y 81 en la zona de Santander
 - ✓ entre 10 y 25 en la zona de Laredo
 - ✓ entre 2 y 4 en la zona de Reinosa
 - ✓ entre 15 y 38 en la zona de Torrelavega.

- PC: deberían existir entre 30 y 59 plazas en todo Cantabria, distribuidas de la siguiente manera en función de las áreas de salud:
 - ✓ entre 16 y 32 en la zona de Santander
 - ✓ entre 5 y 10 en la zona de Laredo
 - ✓ entre 1 y 2 en la zona de Reinosa
 - ✓ entre 8 y 15 en la zona de Torrelavega.

- CRL: deberían existir entre 89 y 178 plazas en todo Cantabria, distribuidas de la siguiente manera en función de las áreas de salud:
 - ✓ Entre 48 y 97 en la zona de Santander
 - ✓ entre 15 y 30 en la zona de Laredo

- ✓ entre 2 y 5 en la zona de Reinos
 - ✓ entre 23 y 46 en la zona de Torrelavega.
- CD: no especifica de manera tan precisa el número de plazas por habitantes, pero sí hace la recomendación de que debería haber uno por área de salud. Con lo cual, se podría concluir que debería haber:
- ✓ 1 CD en la zona de Santander
 - ✓ 1 CD en la zona de Laredo
 - ✓ 1 CD en la zona de Reinos
 - ✓ 1 CD en la zona de Torrelavega.
- CS: no especifica de manera tan precisa el número de plazas por habitantes, pero sí hace la recomendación de que debería haber uno por área de salud. Con lo cual, se podría concluir que debería haber:
- ✓ 1 CS en la zona de Santander
 - ✓ 1 CS en la zona de Laredo
 - ✓ 1 CS en la zona de Reinos
 - ✓ 1 CS en la zona de Torrelavega.
- Respecto a los programas de formación para el empleo, no especifica ratios.
- Respecto a las agencias tutelares, no especifica ratios.
- Por último, respecto al servicio de soporte de autonomía en el propio hogar, no lo contempla como tal.

DISPOSITIVOS	CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL		MINI-RESIDENCIA		PISO SUPERVISADO		PENSIÓN CONCERTADA		CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL		CENTRO DE DÍA	SERVICIO DE SOPORTE DE AUTONOMÍA EN EL PROPIO HOGAR	PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EMPLEO	CLUB SOCIAL	AGENCIA TUTELAR
	MINIMO	ÓPTIMO	MINIMO	ÓPTIMO	MINIMO	ÓPTIMO	MINIMO	ÓPTIMO	MINIMO	ÓPTIMO					
ÁREA DE SALUD											1 / área de salud	No contempla el recurso	Sin especificar	1 / área de salud	Sin especificar
ÁREA I SANTANDER	65	161	32	81	32	81	16	32	48	97					
ÁREA II LAREDO	20	50	10	25	10	25	5	10	15	30					
ÁREA III REINOSA	3	8	2	4	2	4	1	2	2	5					
ÁREA IV TORRELAVEGA	31	77	15	38	15	38	8	15	23	46					
CANTABRIA	118	296	59	148	59	148	30	59	89	178					

11.- CONCLUSIONES:

Resulta innegable que el modelo de atención a la salud mental, en general, y a las personas con TMG, en particular, está asentado y orientado actualmente en un enfoque comunitario. Sin embargo, no es menos cierto a tenor de este estudio que aún queda mucho camino por recorrer para poder afirmar que se cuenta con un adecuado sistema de atención comunitaria e integral a la persona con enfermedad mental grave. Con ello nos referimos a que exista una realidad basada en un conjunto coordinado, coherente y suficiente de dispositivos y programas que cubran las diferentes necesidades y problemáticas de este colectivo y de sus familias; así como que permitan su adecuada atención y su efectiva rehabilitación e integración social. Este es un factor clave para el buen desarrollo de los procesos de reforma, y articulación de un modelo comunitario en salud mental, es decir, la necesidad de diseñar y disponer de una amplia y diversificada red de dispositivos comunitarios, que permita atender las diferentes necesidades de las personas con TMG. Con todo ello, el fin último debiera ser el promover su mantenimiento e integración en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles.

En este sentido, las distintas comunidades autónomas, han desarrollado en los últimos treinta años dispositivos de atención sociosanitarios a la salud mental, pero lo han hecho de forma desigual, lenta y con planteamientos no siempre coincidentes. Además, los recursos sociosanitarios y comunitarios no han sido impulsados de la misma manera que los sanitarios.

Realizando este trabajo hemos sido conscientes de distintas necesidad que existen en este campo, como son:

- establecer y llegar a acuerdos en cuanto a la denominación o nomenclaturas de los dispositivos, recursos o programas de atención a la salud mental.
- desarrollar un sistema unitario de información público, a nivel nacional y autonómico, sobre este tipo de dispositivos.
- identificar y delimitar la población con TMG, tal y como se especifica en el Plan de Salud Mental 2015-2019 en el capítulo 9 en el objetivo 1.1. Esto debería de hacerse sin basarse tan sólo en criterios diagnósticos o variables

clínicas sino considerándose también el curso evolutivo y la repercusión sobre la funcionalidad y el ajuste social de estas personas.

Los profesionales de la red de Salud Mental, el movimiento asociativo y las propias personas con TMG y sus familias, deben demandar a las administraciones públicas que adopten medidas para paliar esta situación con el objetivo final de mejorar la calidad de vida mediante la promoción de hábitos y condiciones de vida saludables, intervención rehabilitadora y asistencia integral.

Centrándonos en la especificidad de la propuesta en nuestra comunidad y teniendo en cuenta los dos modelos descritos en los apartados anteriores, tanto el modelo que proponemos como el modelo actual, y haciendo una comparación entre ambos, podemos obtener una serie de conclusiones que pudieran servir como guía y orientación a partir de la cual desarrollar la red de dispositivos sociosanitarios de la Comunidad Autónoma de Cantabria, alineado con el Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019, que tal y como se recoge a continuación, tanto en el capítulo 9 como en el 11, contempla objetivos muy relacionados con estas propuestas, que a continuación transcribimos:

CAPÍTULO 9: ATENCIÓN A LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA.

2.- Crear una vía integrada de atención al paciente con TMG y crónico en Cantabria.

2.4.- Promover la creación de dispositivos especializados de atención en la comunidad y de atención en domicilio, que fomenten la plena integración y permanencia de la persona con TMG y crónico en el entorno donde reside

2.4.1.- Ampliar los recursos residenciales (pisos tutelados y minirresidencias) disponibles para personas con TMG y crónico, con arreglo a las necesidades detectadas en Cantabria y a las recomendaciones de sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales, y con una adecuada distribución geográfica.

2.4.2.- Introducir, dentro de la vía integrada de atención al paciente con TMG y crónico, un programa de tratamiento asertivo comunitario en cada área sanitaria.

11. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

11.1.- Revisar la cartera de servicios de salud mental en Cantabria, actualizando las definiciones y el papel de los diferentes dispositivos dentro de una red integrada, haciendo un inventario detallado de los programas en un proceso de constante actualización.

En este sentido y de manera resumida se podría decir que el camino que tenemos por recorrer es largo, y aunque no partimos de cero sería necesario diversificar la tipología de los recursos, incrementar el número de plazas de cada uno de los recursos, así como descentralizar los mismos. De manera más detallada podríamos sacar las siguientes conclusiones:

- En Cantabria queda mucho por trabajar en lo que se refiere a la consolidación de un modelo de atención de calidad para atender a las personas con TMG.
- Es necesario diversificar la tipología de recursos para lograr una atención integral. Actualmente solo existen, tal y como nos describe el plan de salud mental, como centros de atención terapéutica, los centros de rehabilitación psicosocial; como recursos laborales, un centro ocupacional y un programa de formación y empleo para toda la comunidad; como recursos residenciales una mini-residencia y pisos supervisados; y existe una fundación que atiende las necesidades de tutela. Sin embargo, para completar el modelo de atención de calidad habría que crear centros de día, concertar plazas en pensiones, servicio de soporte de autonomía en el propio hogar, centros especiales de empleo o empresas sociales, como alternativas importantes dentro de los programas de formación para el empleo, y clubes sociales.

-

- Es necesario aumentar el número de plazas por recurso. En este sentido, nuestra comunidad estaría por encima de las plazas de CRPS que se consideran como óptimas para atender las demandas según su población, de tal modo que tiene 319 sobre las 296 que se consideran como óptimas. Respecto a los CRL el modelo recomienda un mínimo de 89 y apunta como lo óptimo 178 plazas en todo Cantabria, y nuestra realidad es que solo hay 22 plazas que cubre esta necesidad. El programa de formación y empleo no especificaba ratios. En relación a los recursos residenciales el modelo estima el rango en plazas de mini-residencias entre 59 y 148, y la realidad es que tan solo hay 20; lo mismo sucede con los PS cuya recomendación respecto a ratios es también entre 59 y 148, cuando tan solo hay 17 plazas; finalmente, se recomienda un mínimo de 30 plazas y un óptimo de 59 plazas de pensiones concertadas, cuando en toda la comunidad no hay ninguna. Respecto al servicio de soporte de autonomía en el propio hogar es inexistente en Cantabria. Lo mismo ocurre con los recursos de ocio y tiempo libre, ya que no tiene ningún club social, cuando la recomendación es que hubiera, al menos, uno por área de salud.

- Además, se ve necesaria una redistribución geográfica, basada en la descentralización de los recursos, de tal forma que toda la población pueda tener acceso más o menos en igualdad de condiciones a pesar de la dificultad orográfica propia de Cantabria. De esta forma la realidad es que prácticamente todos los recursos están en la zona de Santander y son escasos los de las zonas de Laredo, Reinosa y Torrelavega. A excepción de los CRPS el resto de recursos no existen en las zonas II, III y IV con la dificultad o imposibilidad del aprovechamiento de muchas personas o los consecuentes problemas de desarraigo que pudieran generar.

Finalmente, es importante destacar que el modelo de atención comunitaria propuesto, basado en la intervención psicosocial no solo es recomendable por su efectividad, sino que además contribuye a fomentar la autonomía de las personas, favorecer una vida y trato dignos, mejorar sus capacidades, trabajar en el

empoderamiento y potenciar su calidad de vida, todos ellos aspectos esenciales para la condición humana.

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y MATERIAL DE CONSULTA

- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra
- Organización Mundial de la Salud (2002). Programa Mundial de Acción en Salud Mental. Ginebra
- Cuaderno Técnico 6 de la AEN: “Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones”. C. Gisbert (Ed.). 2002.
- Conferencia ministerial de la OMS para la Salud Mental. (2005). Declaración de Helsinki
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2005) Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental. Bruselas.
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. (2007).
- Gobierno de España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2007). Modelo de Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave
- Organización Mundial de la Salud (2008). Programa de Acción para superar las brechas en Salud Mental. Ginebra
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el TMG. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el TMG. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05, 2009.
- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria. Atlas de Salud Mental de Cantabria. (2010).

- Cuaderno Técnico 15 de la AEN: “Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas”. J.F. Jiménez Estévez (Ed.). 2011.
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2011). Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.
- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. (2013). Memoria 2013 del Servicio Cántabro de Salud.
- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. (2013). Plan de Salud de Cantabria 2014-2019.
- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. (2014). Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019.

Webs:

- Instituto Cántabro de Servicios Sociales
 - <http://www.serviciossocialescantabria.org/uploads/normativa/Ley%2039%202006%20de...%20Dependencia.pdf>
 - <http://www.serviciossocialescantabria.org/uploads/normativa/DECRETO%2033%202012%20regulan%20los%20PRECIOS%20PUBLICOS%20actualizada%2020-2-13.pdf>
 - <http://www.serviciossocialescantabria.org/uploads/normativa/Orden%20SAN%2022%202013,%20precios%20publicos%20dependencia.pdf>
- Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
 - <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/AE-7-SaludMental.htm>

- Servicio Cántabro de Salud “SCS”
 - <http://www.scsalud.es/unidades-asistenciales>